

 CONTINUUM

# EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS

SUPERANDO DIFICULDADES  
NA PSICOTERAPIA

VOLUME II

Luiz & Tsutsumi (orgs)

**Luiz & Tsutsumi (2025)**

©Instituto Continuum Ltda., 2025

**Experiências Clínicas: Superando dificuldades na psicoterapia (Volume II)**

André Connor de Méo Luiz e Myenne Mieko Ayres Tsutsumi, (organizadores).

**Capa:**

Eric Aristides Coutinho

**Leitura final:**

Rafael dos Santos Ferreira

**Supervisão editorial:**

André Connor de Méo Luiz

**Editoração:**

Eric Aristides Coutinho

**Reservados todos os direitos de publicação à Instituto Continuum Ltda.**

**Fone:**

(43) 3029-9512

**Email:**

[contato@institutocontinuum.com.br](mailto:contato@institutocontinuum.com.br)

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Experiências clínicas [livro eletrônico] :  
superando dificuldades na psicoterapia :  
volume II / organização André Connor de Méo Luiz,  
Myenne Mieko Ayres Tsutsumi. -- 2. ed. --  
Londrina, PR : Instituto Continuum, 2025.  
PDF

Vários autores.

Bibliografia

ISBN 978-65-987536-3-4

1. Psicologia clínica 2. Psicologia - Pesquisa  
3. Psicoterapia I. Luiz, André Connor de Méo.  
II. Tsutsumi, Myenne Mieko Ayres.

25-322115.0

CDD-616.8914

NLM-WM 430

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Psicoterapia : Medicina 616.8914

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964



# SUMÁRIO

## **Prefácio**

**Capítulo 1:** Silêncio: o monstro que assombra os profissionais da psicologia

**Capítulo 2:** A repetição de atividades na clínica psicológica: é um facilitador ou um pesadelo? Você pode escolher.

**Capítulo 3:** Além da sala de atendimento: reflexões sobre o trabalho em rede na clínica infantojuvenil

**Capítulo 4:** Não é problema meu: exercendo a psicoterapia do ponto de vista feminino

**Capítulo 5:** A prática clínica e o burnout: uma análise funcional da exaustão e do cuidado

**Capítulo 6:** The in-between is mine!

**Capítulo 7:** Reflexões sobre a incapacidade do terapeuta e os limites da atuação

# PREFÁCIO

RAFAEL DOS SANTOS FERREIRA - WEZEN/CLÍNICA PARTICULAR

A prática clínica em psicoterapia raramente se desenvolve em linhas retas. Ela se move em espirais, desvios e retornos, marcada por encontros complexos, silêncios desafiadores — e, não raro, desconfortáveis —, repetições que testam a paciência e a técnica, limites éticos que exigem firmeza e sensibilidade, impasses sociais que atravessam cada sessão e, acima de tudo, pela presença humana que dá sentido ao cuidado. É desse terreno vivo, imperfeito e profundamente humano que nasce *Experiências Clínicas: Superando dificuldades na psicoterapia (Volume II)*: do momento em que a teoria sai das páginas e precisa dialogar com a realidade, ajustando-se, expandindo-se e se reinventando para continuar útil.

Este volume reúne reflexões que emergem do fazer clínico concreto — aquele que acontece no dia a dia, no entrelaçamento de histórias, emoções, limites e possibilidades. Os textos aqui apresentados recusam a ideia de uma psicoterapia estéril, previsível ou blindada das incertezas que compõem a vida. Ao contrário, afirmam que os desafios do setting — silêncios que pesam, repetições que desgastam, desigualdades que moldam escolhas, questões de gênero que atravessam vínculos, a exaustão que ameaça, a sobrecarga cognitiva que se acumula e até a impotência do próprio terapeuta — são parte constitutiva da prática e merecem reflexão técnica, ética e afetiva.

Ao longo da obra, o leitor é convidado a abandonar respostas prontas. Compreender o comportamento humano implica reconhecer a multiplicidade de contingências que o sustentam: individuais, relacionais, culturais, históricas. E implica, sobretudo, aceitar que nem tudo está sob o controle do terapeuta — e que isso não diminui sua potência de cuidado. Pelo contrário. Reconhecer limites, custos e impossibilidades não enfraquece a clínica; torna-a mais honesta, mais responsiva e mais conectada às condições reais de quem a exerce.

Outro mérito fundamental deste livro é escancarar que a clínica ultrapassa a sala de atendimento. Ela ocupa formulários, agendas, telefonemas, reuniões, prontuários, conversas com famílias, articulações com instituições, e também os bastidores emocionais que cada terapeuta carrega. A prática clínica é uma jornada prolongada — às vezes leve, às vezes árdua — que exige estudo constante, planejamento cuidadoso, autorregulação emocional e disposição para revisitar a própria atuação com humildade e coragem.

Há ainda um ponto central que este volume enfatiza: ninguém sofre sozinho. Questões sociais, econômicas, culturais e de gênero atravessam tanto pacientes quanto terapeutas. Essas forças moldam acessos, limites, vínculos e percursos terapêuticos. Ignorá-las empobrece a análise funcional e reduz o alcance das intervenções. Ao trazê-las para o centro da discussão, os autores reafirmam a Psicologia como campo comprometido com a realidade concreta — e não com ilusões de neutralidade.

E, talvez mais importante de tudo, este livro não ignora o terapeuta como pessoa. Aquele que se cansa, que se frustra, que se vê às voltas com sua própria vulnerabilidade e que, ainda assim, escolhe permanecer presente. Carregar a vida pessoal ao lado da profissional é tarefa compartilhada por qualquer trabalhador, mas, para quem lida diariamente com sofrimento humano, o custo dessa travessia é especialmente alto. Ao abordar burnout, sobrecarga e incapacidade, esta obra rompe com idealizações perigosas e convoca uma clínica que também cuida de quem cuida.

Que Experiências Clínicas: Superando dificuldades na psicoterapia (Volume II) ofereça ao leitor não apenas reflexão, mas reconhecimento. Que os capítulos permitam compreender que as dificuldades do percurso clínico não são falhas, mas parte da própria tessitura do trabalho. E que, ao final, reste a certeza de que psicoterapia é menos um exercício de controle e mais um caminhar compartilhado — com técnica, ética, zelo e, sobretudo, humanidade.

# SILÊNCIO: O MONSTRO QUE ASSOMBRA OS PROFISSIONAIS DA PSICOLOGIA

JOSÉ MARTINS DA SILVA NETO - INCUBADORA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Todos nós, em algum momento da vida, já passamos por um desconforto chamado silêncio. Ele aparece em diferentes contextos: em uma confraternização, em uma reunião com amigos ou até mesmo em um encontro. Muitas vezes acreditamos que devemos dizer algo para acabar com o “climão” que permeia aquele ambiente. Surgem então frases clichês como: “Já veio aqui alguma vez?”, “A festa está boa, né?” ou até mesmo a clássica “Será que vai chover hoje?”.

Mas, e quando esse silêncio aparece dentro do contexto clínico? É comum que vários profissionais, especialmente os iniciantes, passem por essa situação em algum momento, algumas vezes ainda no estágio da faculdade. Diante do “monstro” chamado silêncio, alguns profissionais começam a ficar desconfortáveis e o corpo reage: as mãos transpiram, o coração acelera, o olhar vai para o relógio a cada minuto e surge o desejo intenso de que a sessão acabe logo. Pensamentos como “O que dizer agora?”, “Será que ele está percebendo que estou tenso”, “Será que o paciente acha que não sou bom o suficiente” ou “Isso vai acontecer em outras sessões?” são frequentes.

Apesar de todo desconforto, é importante compreender que cedo ou tarde isso acontecerá em algum atendimento, e a forma com que devemos lidar com o silêncio é a mesma que lidamos com qualquer outro fenômeno clínico: analisá-lo como um comportamento. Ficar em silêncio é uma resposta observável, que possui antecedentes e é mantido por consequências específicas, ou seja, o silêncio também tem uma função naquele contexto.

Quando entendemos o silêncio como um comportamento, precisamos compreender a sua função naquele ambiente. Imaginemos que o silêncio ocorra na primeira sessão, após alguns minutos de conversa e respostas curtas o paciente não fala mais. Pode ser natural que isso aconteça, afinal, o terapeuta é um “desconhecido” para esse paciente e o vínculo ainda está em construção. Nem todos se sentem à vontade para falar de suas experiências, ansiedades, medos e traumas logo no primeiro encontro. Nesse caso, o foco do terapeuta deve ser estabelecer um vínculo de confiança, traçar objetivos terapêuticos, conhecer melhor a história de vida de seu paciente, sua rotina, relações, gostos e dificuldades. Essas perguntas são necessárias para ampliar o conhecimento sobre aquele indivíduo e criar um ambiente seguro e acolhedor.

Agora, imagine que esse padrão de silêncio se mantém ao longo de várias sessões; em todos os encontros, o paciente dá respostas curtas e não oferece abertura para que o terapeuta conheça sua história de vida. Nesses casos, é importante investigar como são suas relações fora do contexto terapêutico: como foi a relação com os pais? Tem dificuldade em se expressar com outras pessoas? Já foi punido por demonstrar vulnerabilidade? Muitas vezes, o paciente aprendeu que se abrir é perigoso, pois, em algum momento, suas emoções foram invalidadas e ridicularizadas. Pensamentos como: “Se eu ficar vulnerável, vou parecer fraco” ou “Meus problemas não são dignos de atenção”, podem ser comuns. Independente do contexto, essa dificuldade em se expressar pode gerar sofrimento, afinal, essas pessoas tendem a lidar sozinhas com seus problemas e traumas, podem ter dificuldade de criar vínculos ou confiar no outro. Com o tempo, essas pessoas podem acabar se afastando de amigos, familiares e colegas de trabalho. Passam a ficar mais isoladas em casa e evitam atividades que poderiam lhes proporcionar prazer. Isso acontece porque têm dificuldade de criar e manter vínculos e fazem de tudo para não encarar o desconforto de falar sobre si ou sobre seus sentimentos. Evitar essa vulnerabilidade até traz um alívio imediato, mas, a longo prazo, aumenta ainda mais o isolamento.

Há também o silêncio que surge diante de temas específicos. O paciente pode se calar ao tocar em um assunto que desperta dor, vergonha ou medo. Esse silêncio também pode ser analisado. Perguntas como: “Você não está confortável para falar sobre isso?”, “Pode me dizer o que sente quando tocamos nesse assunto?”, “Percebo que sempre que tocamos no assunto X, você fica em silêncio”, podem auxiliar o terapeuta a acessar as contingências envolvidas. A partir do momento em que o terapeuta identifica por que o paciente fica em silêncio, é possível explorar, junto com ele, o que torna aquele assunto tão difícil e o que ele teme que aconteça caso continue falando sobre isso. Também é importante trabalhar o acolhimento e a validação, para que o paciente possa experienciar algo novo: a possibilidade de falar sobre seus sentimentos em um espaço seguro. Muitas vezes, compreender o motivo do silêncio se torna o ponto de partida para acessar e trabalhar a demanda inicial do paciente.

Em outros casos, o paciente é antigo e, com o passar do tempo, as sessões ficam mais vagas e sem novos relatos. Nesse contexto, o silêncio pode indicar uma melhora significativa, e talvez seja o momento de definir novos objetivos ou discutir a possibilidade de alta deste paciente. Para isso, é necessário que o terapeuta identifique como está o contexto atual do paciente, se ele deixou de trazer sua demanda inicial para terapia e como tem lidado com as tomadas de decisão no dia a dia.

Nesses casos, é comum que o paciente não tenha muito o que relatar, justamente porque está manejando melhor situações que antes o afligiam. Diante desse cenário, o terapeuta pode fazer perguntas como: “Percebo que não comenta mais sobre o assunto X. Como está lidando com isso?”, “Quais dificuldades você tem encontrando no momento?” ou “Faz sentido para você pensarmos em novos objetivos?”. A partir dessas conversas, é possível identificar, junto com o paciente, se é necessário estabelecer novos objetivos ou planejar uma alta gradual, com maior espaçamento entre os encontros.

Quando compreendemos o silêncio como comportamento, deixamos de temê-lo e passamos a analisá-lo. A análise envolve identificar padrões de comportamentos e compreender quando e porque eles acontecem. Quando nos colocarmos na posição de analistas, conseguimos observar o que está acontecendo naquele contexto, o motivo pelo qual o silêncio surge, o que ele sinaliza e o que podemos fazer com a informação obtida. Esse “distanciamento” permite entender que o silêncio não é algo pessoal com relação ao terapeuta, mas sim parte das experiências e aprendizados do próprio paciente. A partir daí, o terapeuta pode planejar novas intervenções, criar experiências de vulnerabilidade e reforçar pequenas aproximações à expressão emocional. O consultório também é um espaço de aprendizagem de novos repertórios. Nele, o paciente pode experimentar ser ouvido sem ser julgado. Algumas vezes, evitar o silêncio é evitar uma demanda importante do paciente, e o psicólogo, assim como paciente, precisa aprender a lidar com o próprio desconforto diante dessa situação.

## **Referências**

- Banaco, R. A. (2024, 4 de março). O silêncio do cliente durante a sessão. Instituto Continuum. <https://icontinuum.com.br/publicacao/o-silencio-do-cliente-durante-a-sessao>
- Luiz, A. C. M. (2024, 8 de março). Cliente ficou quieto, o que eu faço? Instituto Continuum. <https://icontinuum.com.br/publicacao/cliente-ficou-quieto-o-que-eu-faco>
- Vandenberghe, L. (2017). Três faces da Psicoterapia Analítica Funcional: Uma ponte entre análise do comportamento e terceira onda. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 206–219.

# A REPETIÇÃO DE ATIVIDADES NA CLÍNICA PSICOLÓGICA: É UM FACILITADOR OU UM PESADELO? VOCÊ PODE ESCOLHER.

JOÃO VITOR BASSALO - CLÍNICA PARTICULAR

Imagine que uma pessoa que nunca praticou corrida decide iniciar um processo para tornar-se maratonista e realizar algumas provas ao longo do ano. Certamente, ela precisará desenvolver algumas competências, como resistência cardiovascular, controle respiratório, força muscular e estratégias de recuperação após os treinos. No entanto, uma das habilidades mais importantes nesse processo, sem sombra de dúvidas, será aprender a técnica correta da passada, combinando melhor performance com o menor gasto energético possível - já que um atleta executa, em uma única maratona, aproximadamente 50 mil passos! Dominar a passada, portanto, pode ser a diferença entre completar a corrida com eficiência ou repetir 50 mil vezes um movimento que aumenta o custo de energia e o risco de lesões ao longo do processo.

Aperfeiçoar a passada melhora um parâmetro conhecido como “economia de corrida”, que mede a eficiência energética de um corredor. Um atleta mais econômico precisa de menos oxigênio para manter a mesma velocidade, o que se traduz em maior potencial de desempenho. Aqui, é possível iniciar um paralelo com a clínica psicológica. Como seria uma economia de corrida na realidade da prática clínica? Quais são os fundamentos que o terapeuta executa que seriam equivalentes à passada, porém no campo da psicoterapia?

Encarando a carreira clínica como um processo que durará por muitos anos, elencar movimentos básicos que psicoterapeutas emitem em alta frequência e treiná-los de forma intencional pode ajudar na construção de uma prática cada vez mais fluida e com o menor custo. Isto envolve, portanto: observar os comportamentos (ou cadeias comportamentais) importantes que o terapeuta emite com mais frequência na clínica, descrever com clareza as contingências que estão em vigor, fazer ajustes no ambiente e repetir com consciência o comportamento alvo, a fim de refinar e facilitar a emissão dessas respostas comportamentais favoráveis aos processos clínicos. A partir disso, menores serão as vezes em que o terapeuta precisará improvisar sem parâmetros ou emitir respostas sem muita clareza das situações e ficar à mercê da sorte (ou azar). Provavelmente, isso economizará muitos erros e “lesões” ao longo da carreira.

Ou seja, uma prática mais econômica e, ao mesmo tempo, potente. Assim, nesse texto quero fazer um convite a você para refletirmos meios de como aprimorar ações repetitivas da clínica, a fim de mitigar custos desnecessários de energia e aumentar a efetividade no dia a dia do seu trabalho. Nesse sentido, alguns pesquisadores compartilham a ideia de que a atenção e o esforço cognitivo constituem um recurso limitado, cuja utilização varia conforme as demandas da tarefa e a disponibilidade de capacidade individual. Naturalmente, à medida que uma pessoa se especializa em uma atividade, a demanda energética daquela tarefa diminui.

É possível observar isso em atividades como dirigir, praticar um esporte ou cozinhar um prato específico - o processo tende a ser muito custoso nas primeiras tentativas e, depois, passa a ficar mais fluido com a prática, como representa a Figura 1 abaixo.

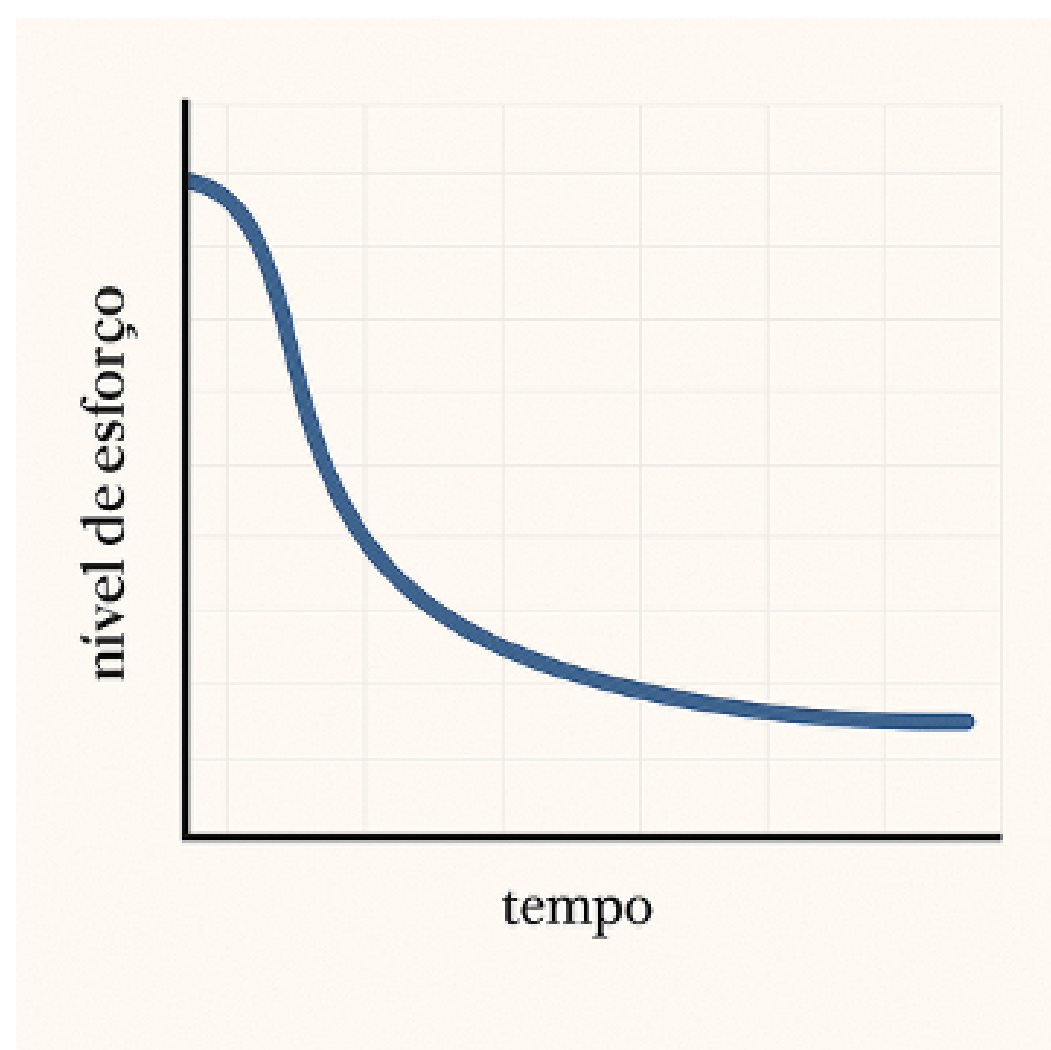


Figura 1.  
Curva de redução do nível de esforço ao longo do tempo em atividades repetitivas

Ou seja, para nos especializarmos em alguns comportamentos, é importante repeti-los de forma consciente e consistente. Assim, economizamos recursos cognitivos em algumas atividades repetitivas para utilizá-los em outras. É como se a atenção e o esforço cognitivo fossem representados por notas de 100 reais cada um.

À medida que praticamos, passamos a gastar um valor cada vez menor desses recursos e assim passa a “sobrar”, por exemplo, 20 reais para outras ações, como escutar a música do rádio e cantarolar enquanto dirige.

Para complementar esse raciocínio, a descrição dos Sistemas 1 e 2, apresentada por Kahneman no livro Rápido e devagar: duas formas de pensar, pode auxiliar (Figura 12). O autor descreve o Sistema 1 como um processo automático, rápido e involuntário, que funciona com pouco ou nenhum esforço. Já o Sistema 2 é descrito como um processo que aloca atenção a atividades mais complexas; ou seja, é deliberado, exige controle inibitório e concentração voluntária, demandando bastante esforço.

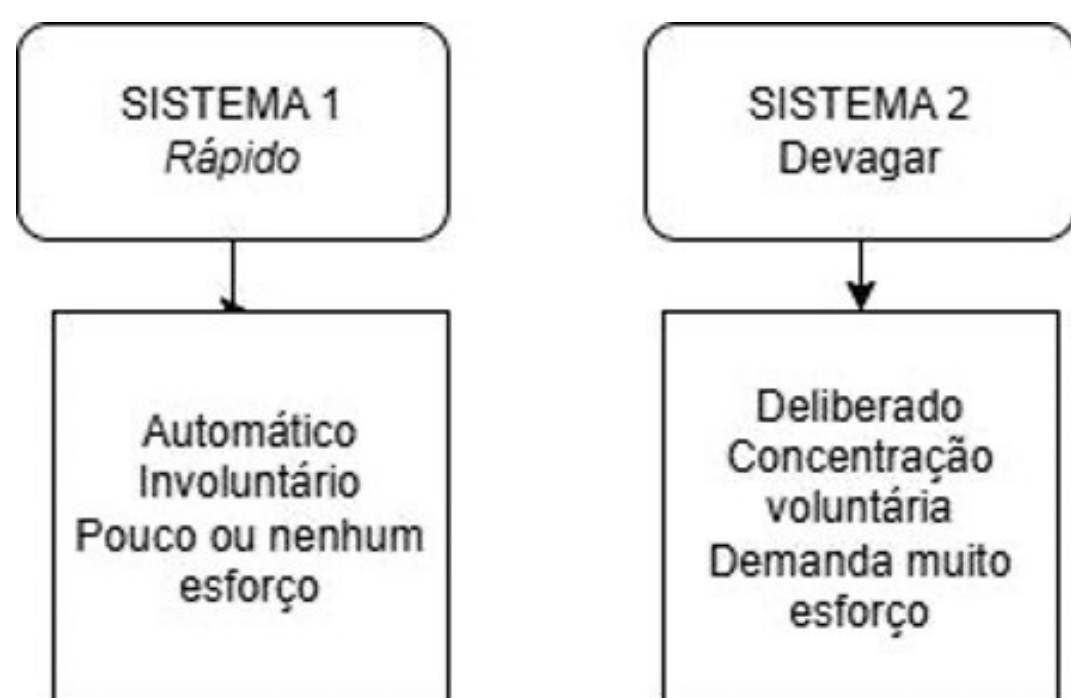


Figura 2.  
Representação dos sistemas 1 e 2

As atividades em que o Sistema 1 opera são, por exemplo, detectar que um objeto está mais distante que outro, completar “2 + 2 = ?”, ou compreender sentenças simples.

Já o Sistema 2 é acionado em tarefas como contar as ocorrências da letra “e” em um texto, emitir um recibo para um cliente, fazer um resumo dos principais pontos da sessão ou escolher intervenções com base em situações relatadas anteriormente. Desse modo, seria como transformar tarefas executadas pelo Sistema 2 em tarefas cada vez mais simples e automáticas, como as operadas pelo Sistema 1, dentro do possível.

A ideia aqui, portanto, é identificar quais são essas atividades que demandam um nível maior de esforço e concentração do terapeuta e que são atividades que se repetem com muita frequência nos dias de trabalho. Identificando-as, há uma oportunidade de diminuir o nível de esforço empregado e de otimizá-las, sempre levando em conta a subjetividade de cada profissional. Aqui vão alguns exemplos de ações repetitivas e que demandam bastante concentração.

Na carreira clínica, uma das atividades que mais estará presente é o recebimento de mensagens de pessoas interessadas em iniciar o processo de psicoterapia. A partir desse ponto, algumas informações como valor, tempo da consulta, funcionamento do processo e abordagem utilizada podem ser fornecidas. Contudo, pessoas diferentes trazem dúvidas diferentes, de maneiras diversas, em dias e horários distintos; assim, cabe ao terapeuta ler, pensar e elaborar uma resposta nova a cada contato.

Portanto, como será que esse fundamento pode ser executado de forma menos custosa, mais rápida, sem perder a autenticidade e a personalização de cada resposta? Por exemplo, ter essas informações sobre as sessões já descritas em algumas mensagens pré-moldadas, de fácil acesso e com espaços para personalização, pode tornar o processo mais simples e exigir menor carga cognitiva. Além disso, definir horários específicos do dia para responder mensagens, sem distrações, permite uma alocação mais eficiente da atenção.

Outro fundamento básico que se repetirá ao longo da carreira é a realização da primeira sessão com novos clientes. Para além de definir formas de receber o paciente, se apresentar e dar início ao processo, pode ser de grande ajuda estabelecer um modelo de anamnese que garanta a coleta das principais informações. Construir um modelo que auxilie o terapeuta a formular perguntas essenciais favorece intervenções assertivas e diminui o custo do raciocínio clínico. Ter esse modelo em mãos, com fácil acesso antes de cada sessão, viabiliza sua utilização.

A questão da anamnese remete a outro comportamento fundamental na clínica: fazer perguntas ao cliente. Quanto maior o domínio sobre o repertório de perguntas e maior a clareza sobre a função de cada uma delas, mais facilmente o processo clínico será conduzido. Quantas perguntas um terapeuta faz ao longo de um dia, de uma semana, de anos de carreira? Conversar com colegas, buscar supervisão clínica e bibliografias e refletir sobre quais informações são importantes de serem coletadas - e como formular perguntas que funcionem como estímulos discriminativos para respostas precisas - pode ser um recurso bastante valioso.

A vida clínica, muitas vezes, não envolve responder diretamente a um superior ou seguir uma estrutura fixa de horários e instruções - elementos que serviriam como estímulos antecedentes para tarefas administrativas. Essa flexibilidade pode tornar mais difícil organizar uma rotina que inclua marcar sessões, cadastrar clientes, receber e conferir pagamentos, emitir recibos, realizar leituras e atualizar registro documental das sessões. Dedicar tempo para elencar essas atividades e planejar maneiras de torná-las mais fluidas, utilizando processos comportamentais como redução de custo de resposta, controle de estímulos, emparelhamento de reforçadores, encadeamento de respostas e estabelecimento de rotinas e hábitos, provavelmente fará com que o psicoterapeuta percorra a jornada clínica com menor custo, mais intencionalidade, fluidez e leveza.

## Referências

Kahneman, D. (1973). *Attention and effort*. Prentice-Hall.

Kahneman, D. (2012). *Rápido e devagar: Duas formas de pensar* (C. A. Pedrosa, Trad.). Objetiva.

Just, M. A., & Carpenter, P. A. (1992). A capacity theory of comprehension: Individual differences in working memory. *Psychological Review*, 99(1), 122–149. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.99.1.122>

Just, M. A., Carpenter, P. A., & Miyake, A. (2003). Neuroindices of cognitive workload: Neuroimaging, pupillometric and event-related potential studies of brain work. *Theoretical Issues in Ergonomics Science*, 4(1–2), 56–88. <https://doi.org/10.1080/14639220210159735>

## ALÉM DA SALA DE ATENDIMENTO: REFLEXÕES SOBRE O TRABALHO EM REDE NA CLÍNICA INFANTOJUVENIL

THAINARA SULZBACHER - INCUBADORA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

É comum que, no início da prática clínica, acreditemos que o principal espaço de mudança é a sessão. A imagem do terapeuta e do paciente em uma sala, envolvidos em atividades e interações cuidadosamente planejadas, ainda é fortemente associada ao que se entende por “fazer terapia”. Durante muito tempo, eu também acreditei que bastava o que acontecia ali: as brincadeiras, as conversas, as interpretações e os pequenos avanços semanais. No entanto, com o tempo, eu fui percebendo que a clínica infantojuvenil raramente se sustenta entre quatro paredes.

O comportamento da criança e do adolescente está o tempo todo sob controle de múltiplas contingências e a maioria delas ocorre fora da sala de atendimento. A forma como os pais respondem aos pedidos do filho, as regras e reforços estabelecidos na rotina da casa, a maneira como o professor lida com a desatenção ou a impulsividade, a tolerância dos colegas diante de um comportamento inadequado compõem o contexto no qual a criança se comporta e aprende. Ignorar esses fatores é, na prática, reduzir o alcance da terapia a um espaço de expressão, mas não necessariamente de mudança.

Lembro-me de um caso que me marcou muito no início da minha prática. Era um menino inteligente, curioso e criativo, mas que carregava uma história de constantes críticas e punições. Na escola, era visto como “difícil”, “desobediente” e “preguiçoso”. Em casa, as conversas giravam em torno de tudo o que ele “precisava melhorar”. Ele tinha dificuldades de aprendizagem e um autoconceito profundamente fragilizado. Nas sessões, eu via o quanto ele tentava corresponder às expectativas, o quanto queria mostrar que podia se comportar de maneira diferente, mas o ambiente ao redor não parecia disposto a reconhecer esses esforços.

Esse caso foi especialmente marcante porque me fez enxergar, pela primeira vez, a distância entre o que acontece na sessão e o que se mantém no cotidiano. Durante a terapia, conseguimos avançar em pequenos pontos. Em uma hora de sessão trabalhávamos estratégias de resolução de problemas, autocontrole e reforçávamos sua autoestima. No entanto, assim que saía da clínica, tudo se repetia. Na escola continuava sendo alvo de repreensões e rótulos; em casa, as tentativas de agir de forma mais assertiva eram recebidas com desconfiança ou impaciência.

A mudança que vínhamos construindo ali não encontrava espaço para se sustentar no ambiente natural (ou seja, na sua vida como um todo), o que acabava levando a criança a reproduzir exatamente os mesmos comportamentos que motivavam as queixas da família e da escola: birras, crises de desregulação emocional, resistência diante de tarefas acadêmicas e baixo engajamento nas atividades cotidianas.

Foi nesse processo que percebi, com clareza, que o trabalho clínico isolado dificilmente é suficiente. Eu podia ensinar novas formas para ele se expressar, ajudar a reconhecer emoções e desenvolver repertórios de enfrentamento, mas, se o contexto permanecesse o mesmo, a criança acabaria voltando aos padrões anteriores assim que saísse da clínica. As contingências do ambiente ainda exerciam muito mais controle do que as novas aprendizagens que tentávamos consolidar em sessão.

Esse caso, que aconteceu durante meu estágio supervisionado, foi um ponto de virada na minha formação. Eu não tinha tempo nem recursos para intervir diretamente junto à escola ou à família, e, após quase um ano de acompanhamento, percebi que, apesar de todo o esforço, pouco havia mudado. Aquilo me marcou profundamente e me ensinou, na prática, que mudanças duradouras dependem de ajustes no ambiente e na forma como as pessoas significativas respondem à criança ou ao adolescente. Desde então, tenho buscado trabalhar de forma mais integrada com pais, escola e outros profissionais, o que tem tornado o processo terapêutico mais efetivo e significativo. O trabalho deixa de ser algo centrado apenas na criança ou no adolescente e passa a envolver o ambiente que os forma e os mantém.

Apreendi que, antes de propor qualquer estratégia, é essencial construir vínculo e confiança com as famílias. Acolher os pais faz parte do processo terapêutico, pois cada família traz consigo uma história, valores e condições de vida que influenciam diretamente a forma como cuidam da criança ou do adolescente. Não existe orientação parental eficaz sem compreender as contingências que também cercam os pais, suas rotinas, pressões e o estilo parental que foi aprendido ao longo da vida. Entender esse contexto é o ponto de partida para qualquer intervenção que realmente tenha sentido e possibilidade de aplicação.

Uma vez estabelecido esse vínculo, o trabalho de orientação parental torna-se mais efetivo. Orientar não significa apenas instruir, mas ensinar de forma acessível a observar o comportamento de maneira funcional, ajudando os pais a perceberem que cada ação ocorre em resposta a algo e é mantida por determinadas consequências.

É preciso falar a língua da família, traduzindo termos técnicos e ajustando metas às condições reais de cada lar. A orientação só é válida se for aplicável ao cotidiano, respeitando o que é importante e possível para aquela família.

Outro aspecto fundamental é garantir que os pais saibam o que está sendo trabalhado nas sessões. Isso não implica quebrar o sigilo com a criança ou o adolescente, mas compartilhar os objetivos e propósitos da intervenção. Essa transparência aumenta a confiança e faz com que os pais se sintam parte do processo, percebendo sentido no investimento que fazem. Quando o vínculo com a família é sólido e há alinhamento entre o que acontece na clínica e fora dela, as mudanças comportamentais tornam-se mais consistentes e sustentáveis.

Essas mesmas reflexões também se aplicam ao trabalho com a escola e com outros profissionais que acompanham a criança ou o adolescente. Assim como ocorre com as famílias, é fundamental compreender a realidade em que cada contexto está inserido. No ambiente escolar, por exemplo, o professor lida com turmas numerosas, diferentes demandas e limitações de tempo. Nem sempre é possível que ele dedique atenção exclusiva a um único aluno ou implemente um procedimento da forma exata que planejamos na clínica. Por isso, o diálogo com a escola deve partir de uma postura colaborativa e realista, buscando compreender suas possibilidades e oferecer orientações que façam sentido dentro da rotina pedagógica.

Nesses casos, percebo que a psicoeducação é um caminho potente. Quando a equipe escolar entende o porquê de determinado comportamento ou o que mantém uma dificuldade, torna-se mais fácil ajustar pequenas práticas diárias que favorecem o desenvolvimento do aluno. Conselhos simples, como mudar a posição do estudante na sala, reduzir estímulos durante uma tarefa ou usar reforços positivos sutis, muitas vezes podem gerar efeitos mais significativos do que grandes mudanças estruturais. O objetivo é que a escola se sinta parte do processo, e não apenas um espaço que “executa” o que a clínica solicita.

Com outros profissionais, essa lógica também se repete. Manter uma comunicação transparente, respeitosa e alinhada é essencial para que todos caminhem na mesma direção. Quando fonoaudiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionais, médicos e psicólogos compartilham informações e ajustam seus objetivos de forma integrada, o processo se torna mais coerente e eficaz. Trabalhar em rede não significa apenas dividir responsabilidades, mas construir um entendimento comum sobre o que aquela criança ou adolescente precisa.

Essas trocas ampliam nossa própria compreensão sobre o caso. Cada área traz um olhar específico, e estar aberto a essas diferentes perspectivas permite que o trabalho psicológico seja mais sensível, realista e ajustado às necessidades do paciente. Muitas vezes, um feedback de um professor, uma observação de um terapeuta ocupacional ou uma orientação médica contribuem para ajustar nossa própria intervenção. É nesse diálogo entre saberes que o trabalho interdisciplinar ganha consistência e se transforma em uma rede de cuidado genuíno e colaborativo.

É fundamental reconhecer que esse tipo de trabalho em rede também requer preparo. Lidar com pais, escolas e outros profissionais demanda habilidades específicas, que nem sempre são suficientemente desenvolvidas durante a formação inicial. Por isso, buscar supervisão, cursos e espaços de troca é parte do nosso compromisso ético e técnico. É na formação continuada que aprendemos a nos comunicar com empatia, a ajustar a linguagem às diferentes realidades e a construir parcerias verdadeiramente colaborativas.

Por fim, vale destacar que esse modelo de atuação, embora essencial, nem sempre é fácil de sustentar na prática. A rotina clínica impõe limites de tempo, recursos e disponibilidade, e muitas vezes não conseguimos acompanhar de perto todos os contextos que envolvem a criança ou o adolescente. Nem sempre é possível manter contato frequente com a escola, reunir-se com outros profissionais ou dedicar longos períodos à orientação parental. Além disso, esse acompanhamento complementar nem sempre é reconhecido ou remunerado, o que o torna ainda mais desafiador de manter. Ainda assim, entendo que não pode ser tratado como um acréscimo ao processo terapêutico: ele é parte essencial do trabalho, tão importante quanto o tempo dedicado à sessão.

Cabe a nós, enquanto psicólogos, reconhecer essa dimensão como uma responsabilidade profissional e incluí-la na forma como organizamos nossa prática. Isso significa ajustar a agenda, considerar esse tempo nos valores cobrados e entender que o acompanhamento do ambiente faz parte do serviço que oferecemos. Também exige paciência e flexibilidade, pois nem todos os profissionais e instituições terão a mesma abertura ou disponibilidade para esse diálogo. O mais importante é encontrar formas de comunicação possíveis e efetivas, respeitando os limites de cada contexto e sem perder de vista o objetivo comum de construir uma rede de cuidado que realmente favoreça o desenvolvimento da criança ou do adolescente.

## **Referências**

Rossi, A. S. U., Linares, I. M. P., & Brandão, L. C. (Orgs.). (2020). Terapia analítico-comportamental infantil. Centro Paradigma Ciências do Comportamento.

Rossi, A. S. U., Linares, I. M. P., & Brandão, L. C. (Orgs.). (2022). Terapia analítico-comportamental com adolescentes. Centro Paradigma Ciências do Comportamento.

# NÃO É PROBLEMA MEU: EXERCENDO A PSICOTERAPIA DO PONTO DE VISTA FEMININO

MARIANA LOPES - INCUBADORA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

Quando eu optei pela Psicologia, ainda jovem, o interesse na compreensão de fenômenos sociais foi o que me motivou. Na graduação eu me envolvi em diversos campos de estudo e debate, e o curso de psicologia na UFPR disponibiliza com muita qualidade o contato com as áreas da educação, trabalho e saúde. Naturalmente, há um destaque para a clínica, a ocupação mais tradicional na Psicologia e com maior inserção profissional no país, como aponta o último censo realizado pelo CRP-SP em 2022. Quando, nos últimos períodos, me deparei com a temida escolha de como iniciar a trajetória profissional, já havia me afeiçoado ao trabalho com psicoterapia. Essa realidade profissional, por sua vez, desempenhou um papel relevante na minha decisão, além de me pôr a refletir sobre a importância do diálogo, tanto dentro da Psicologia quanto com outras áreas do saber. A partir da minha motivação inicial, começava a se mostrar essencial a construção crítica e contínua do que orienta nossa prática clínica. Desse modo, é necessário considerar, além das questões teóricas e técnicas, também o contexto social do qual fazem parte nossos clientes e no qual ocorre nossa inserção enquanto pessoas e profissionais.

O discurso sobre a psicoterapia tende, por um lado, a focar no cuidado com o próximo, movido pela empatia, pelo reconhecimento das injustiças e, talvez, pelas próprias dificuldades da vida. Por outro lado, há uma visão mais pragmática da profissão, cujo enfoque tende a ser em aplicações técnicas e resultados supostamente mais adequados à vida em sociedade. Da fala tão comum de que a Psicologia não mudaria o mundo eu não tenho total discordância, principalmente quando se trata do atendimento clínico individual. Não obstante, eu me questiono se aliviar as dores dos nossos clientes é o que nos cabe ou se deveríamos apenas aceitar que não há muito mais o que fazer enquanto tentamos buscar o nosso próprio lugar ao sol. No mínimo, queremos produzir alguma mudança positiva na qualidade de vida dos nossos clientes, e oferecer-lhes o melhor. Entretanto, como definimos o que é o melhor?

A história da Psicologia nos mostra que ela não gera conceitos e teorias isentos — seu desenvolvimento acompanha uma necessidade historicamente determinada de justificar a desigualdade estrutural e de controlar o corpo social a serviço da classe dominante, que se beneficia da ordenação social em vigor.

A serviço de quais interesses, podemos perguntar, exercemos nossa atividade profissional. Práticas cuja finalidade se mostrem ser a adaptação do indivíduo e a reprodução de uma sociedade hierarquizada e injusta, desse ponto de vista, precisariam ser reexaminadas. No decorrer deste texto, quero abordar mais detalhadamente como se relaciona a prática da psicoterapia com o patriarcado, entendido como a opressão e a desigualdade de gênero que perpassam toda a estrutura social e que, como tal, também se manifesta nesse contexto de atuação profissional. Compartilharei aqui minha experiência de atender mulheres sujeitas aos efeitos do patriarcado enquanto eu mesma, uma mulher exercendo essa atividade centralizada no cuidado, também me encontro na mesma situação.

O trabalho doméstico, tema central para entender a questão feminina, é um trabalho reprodutivo. Atribuído à mulher, sendo ela remunerada ou não, ele cria condições indispensáveis à reprodução da vida e da força de trabalho, dela própria e de outros, mais notavelmente sua família. Num contexto mais amplo, é indispensável para a reprodução da sociedade como tal. Uma parte importante do trabalho reprodutivo é o cuidado. O care work se refere ao cuidado, solicitude, preocupação com o outro e a atenção às suas necessidades, o que pode envolvê-lo diretamente, como ao tomar conta de crianças, marido, pais e pessoas idosas, ou indiretamente, ao tomar conta da casa ou da alimentação. Assim chamada liberdade das mulheres de trabalhar fora não as eximiu do trabalho doméstico. Para piorar, o componente doméstico da “múltipla jornada” costuma ser invisibilizado. Precisam agir “como um homem” no emprego, para serem reconhecidas, e trabalhar amorosamente em casa, para manter o bem-estar da família. Como se não bastasse, são pressionadas para fazer tudo isso excepcionalmente bem.

Isso se traduz em algumas vivências usualmente presentes na vida das mulheres. Por exemplo, dificuldades para se posicionar no trabalho, conseguir ser levada a sério, ter expectativas sobre relações sociais, amorosas, aparência e sexualidade. Ou então o assédio, as demandas do casamento e maternidade, que se manifestam em noites maldormidas e ausência de momentos de lazer e de descanso, fora o esgotamento por sobrecarga com todas as atividades cotidianas. Isso sem mencionar que devem ser fortes e fazer tudo de bom grado. Se sofrerem, alegam que é da natureza feminina ser sentimental demais. Como a prioridade é o outro, o cuidado de si, por mais básico e necessário que seja, fica para depois, ou para nunca. Voltar-se aos outros como uma forma de voltar-se a si mesma, porque ser para os outros é o que dizem que a torna uma mulher.

O inevitável sofrimento feminino que se origina disso aparece frequentemente no meu trabalho clínico. As queixas giram em torno de sentimentos difíceis e sobre como manejá-los sem deixar a peteca cair, para que tudo corra bem. Nesse cenário, questiono: o que seria uma atuação ética? E o que seria tudo correr bem? Compreensivelmente, queremos viabilizar o maior benefício com o menor prejuízo possível. Entretanto, benefício para quem? Prejuízo em relação a quê? Diante disso, penso que podemos, de maneira não exaustiva, classificar as intervenções em dois grandes grupos.

O grupo (1) gira em torno de uma conduta direcionada à adequação ou ajustamento da mulher ao contexto social tal como ele o é. Pode-se considerar que este não é passível de mudança, especialmente pela ação individual a partir do contexto da psicoterapia. Nesse sentido, é possível compreender que, dada a virtual impossibilidade de mudanças (que deveriam ocorrer no nível cultural), o escopo do trabalho clínico limitar-se-ia à atenuação do sofrimento da cliente, o que envolve conduzir intervenções que não subvertam a estrutura vigente. Isto é, que, em última análise, que não atuem sobre a origem do sofrimento dela.

Já o grupo (2) diz respeito a uma conduta terapêutica de esclarecimento. Isto é, a descrição das contingências de modo que a cliente possa agir sobre a sua situação como preferir, inclusive de maneira subversiva. É preciso realizar uma escuta verdadeiramente não punitiva, o que só pode acontecer quando ela não é feita do ponto de vista dos valores do patriarcado. Somando-se a isso uma análise crítica da realidade social, como manda o nosso código de ética de psicologia, abre-se a possibilidade de um enfrentamento mais amplo, abarcando atitudes insurgentes, caso a cliente assim decida. Contudo, de tanto vivenciar situações de opressão, mulheres aprendem que essa forma de se posicionar tende a não funcionar ou a causar muitos problemas. O elevado custo de resposta pode, por sua vez, levar à resignação e isso também é uma demanda clínica.

À primeira vista, há alguma sobreposição entre (1) e (2), particularmente em certas situações ou momentos do processo terapêutico. Todavia, tendem a levar a resultados distintos e irreconciliáveis. Um objetivo importante, em ambos os casos, é auxiliar a cliente a conhecer as contingências e discriminar as variáveis que controlam o próprio comportamento. A cliente então encontrar-se-ia em posição de definir como gostaria de se posicionar.

Os resultados diferem à medida que (1) oferece uma forma de enfrentamento a problemas imediatos que é menos custosa, oferece alguma melhora em seu bem-estar, ao mesmo tempo que a mantém na situação problemática supracitada, perpetuando o sofrimento, e, por fim, corre-se o risco de reforçar comportamentos que reproduzam esse mesmo contexto.

Por outro lado, (2) possibilita outras formas de enfrentamento, que englobam a perspectiva de mudanças mais expressivas na situação problemática, ainda que sem a pretensão de resolver um problema coletivo do ponto de vista individual. Porém, mostra-se mais custosa e, é importante frisar, a subversão da situação de sofrimento feminina pode desagradar quem se beneficia dela. Ou seja, pode levar, como reação externa, a vivências de opressão ainda piores, como a violência, além de elevar o esgotamento já apresentado pela cliente. Simultaneamente, abre espaço para a construção de uma vida mais significativa.

A decisão clínica entre (1) e (2) é um dilema com o qual me deparo o tempo todo. É perfeitamente compreensível que mulheres busquem pelo caminho de (1), em contrapartida, somente o caminho de (2) aponta na direção de interromper o ciclo de melhorar para retornar à situação problemática. Não se trata de culpabilizar a mulher, mas de auxiliá-la na compreensão do que é o problema, sem descontextualizá-lo, e apoiá-la na decisão sobre como se posicionar perante a opressão social e a hierarquização de gênero. Embora tenha estudado e me inserido no debate de questões de gênero durante a graduação, a tradução desse conhecimento na prática clínica não é tão direta assim. Essas variáveis culturais nem sempre recebem a devida importância, por exemplo, na formulação de caso. Aquela importante temática, de repente, havia se tornado um apêndice na minha prática em psicoterapia. Quando me dei conta disso, retomei a reflexão sobre o papel social da psicoterapia e como eu queria exercê-la no contexto de clientes que sofrem opressão de gênero.

Notei que seguir à risca a ideia da psicoterapia como mitigação de efeitos do controle aversivo, algo mais associado a (1), poderia contribuir para a manutenção de comportamentos que também perpetuam o problema e, conseqüentemente, o próprio sofrimento. Como alguém socializada nesse exato contexto, eu corro o risco de reforçar os mesmos comportamentos na relação terapêutica. Uma das minhas maiores dificuldades profissionais, intensificada pelo referido dilema, é viver as mesmas contradições que minhas clientes. As frustrações e a revolta, entremeadas pela alegria, são compartilhadas na relação terapêutica.

Eu me questiono sobre a forma de conduzir os casos e a quais interesses isso serve de fato. Minha experiência me mostra que seguir um caminho diferente de (1) é uma estrada repleta de medo e de riscos. No entanto, ela se mostra, em diversos momentos, mais alinhada aos valores politicamente engajados da ética profissional. E o medo que assola as mulheres lá fora, inclusive a mim mesma, não deveria guiar minha prática.

A psicoterapia não deve se restringir à utilização de teorias, conceitos e técnicas de maneira descontextualizada da realidade social. Embora haja um componente de mudança de atitude enquanto psicoterapeuta, não pretendo que isso encerre a discussão. Insisto, esse problema não é passível de soluções individuais. Quero que esta reflexão seja mais como um convite para a elaboração coletiva. Afinal, vamos nos adequar ou enfrentar?

### **Referências**

- Arruzza, C. (2015). *As relações de gênero e a origem do patriarcado*. São Paulo: Boitempo.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Conselho Federal de Psicologia. [https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo\\_etica.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo_etica.pdf)
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2022). *Censo da Psicologia no Brasil*. São Paulo: CRP-SP. <https://www.crpsp.org.br>
- Federici, S. (2019). *O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista* (Coletivo Sycorax, Trad.). São Paulo: Elefante.
- Hirata, H. (2010). Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos em debate. In N. Faria & R. Moreno (Orgs.), *Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres* (pp. 42–54). São Paulo: SOF – Sempre Viva Organização Feminista.
- Patto, M. H. S. (1984). O que a história pode dizer sobre a profissão do psicólogo: a relação Psicologia–Educação. In M. H. S. Patto (Org.), *Introdução à Psicologia Escolar* (pp. 13–28). São Paulo: T. A. Queiroz.

# A PRÁTICA CLÍNICA E O BURNOUT: UMA ANÁLISE FUNCIONAL DA EXAUSTÃO E DO CUIDADO

JAQUELINE GASPAR DA SILVA MAEOKA - INCUBADORA DE PSICOLOGIA CLÍNICA/CONTEXTUALIZE

A prática clínica é, para muitos psicólogos, simultaneamente fonte de significado profundo e terreno silencioso de vulnerabilidade. Cada sessão constitui um microcosmo de emoções, expectativas e histórias humanas; cada cliente evoca padrões de comportamento que podem inspirar, desafiar e, por vezes, esgotar quem está do outro lado. O engajamento pleno nesse contexto expõe o psicólogo a contingências complexas que sustentam um repertório de dedicação intensa como reforçadores sociais e intrínsecos, como o reconhecimento do cliente, o senso de competência e o prazer de contribuir. Entretanto, quando a vida do profissional, seja por problemas gerais ou a falta de um olhar mais cuidadoso para si próprio não oferece reforçadores equivalentes para o autocuidado e para a definição de limites, essa dedicação intensa mantida por reforçadores muito bem avaliados socialmente e desejados passa a servir de contexto para um mundo de controle aversivo. Esse é o lado que muitos não preveem ou não enxergam, por isso criar contextos que favoreçam pausas estratégicas, discussão reflexiva e apoio supervisionado produzem contingências que sustentam repertórios clínicos de forma saudável.

No entanto, uma sociedade que prioriza produtividade em detrimento do descanso, não considerando o autocuidado como parte do desenvolvimento profissional, inadvertidamente reforça padrões de sobrecarga e o ambiente clínico pode amplificar esse processo, já que funcionalmente o psicólogo aprende que “trabalhar mais” e “dar mais de si” é o comportamento esperado, mesmo sem reforço explícito. Observar essas relações é observar funções: quais estímulos aumentam respostas de esforço excessivo? Quais respostas de autorregulação são punidas ou negligenciadas? O que podemos fazer para cuidar de nós mesmos fazendo um bom trabalho?

O efeito desse esforço excessivo sem um objetivo claro, um prazo determinado e a carência de autocuidado pode ser um preditor e, eventualmente, um causador do burnout. O burnout, nesse contexto, não é mera fadiga, mas uma mudança funcional no repertório do psicólogo. O engajamento clínico perde vitalidade, as interações se tornam mecânicas e a percepção de impacto diminui. Surgem sinais claros de alteração funcional: redução de comportamentos de aproximação, aumento de respostas de evitação, verbalizações automáticas e queda na criatividade terapêutica.

Tudo indica que os estímulos ambientais deixaram de reforçar, ou passaram a punir, os comportamentos essenciais ao bem-estar do profissional.

Sendo a prática clínica uma caixinha de surpresas, podemos nos deparar com essa demanda vinda de um colega de profissão. E quando a queixa vem de um psicólogo em burnout, o desafio clínico se intensifica. Ele já domina conceitos e técnicas, mas tem dificuldade em aplicá-los sobre si. As primeiras sessões costumam trazer narrativas de culpa, exigência e sensação de insuficiência. O papel do terapeuta é criar um espaço onde a vulnerabilidade e o saber coexistem sem julgamento. A análise funcional revela que comportamentos como procrastinação, evitação de tarefas ou ruminação não derivam de incompetência, mas de contingências aversivas que mantêm o ciclo de sobrecarga. Separar valor pessoal de desempenho clínico é passo essencial para reduzir a autocrítica e restaurar a flexibilidade.

Nesse cenário, a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) oferece diretrizes práticas: identificar valores centrais (como ética, cuidado e contribuição), diferenciar ações alinhadas desses valores de respostas controladas por rigidez ou exigência interna, e cultivar aceitação dos próprios limites. Estratégias de mindfulness e desfusão cognitiva permitem observar pensamentos críticos sem agir sob seu controle. Assim, a terapeuta e a cliente podem escolher comportamentos orientados por valores, não por fuga do desconforto.

Com isso o trabalho terapêutico inclui também a reconstrução de repertórios de autocuidado. Planejar pausas, negociar horários, redefinir fronteiras e acompanhar funcionalmente o impacto dessas mudanças são passos fundamentais. Embora seja importante, não se trata apenas de sugerir “descanso”, mas de reorganizar contingências de reforço para que comportamentos saudáveis se mantenham ao longo do tempo.

Para alcançar isso, é fundamental buscar atividades alinhadas aos valores pessoais e cultivar redes de apoio — tanto profissionais quanto pessoais — que sirvam como reforçadores sociais eficazes. Tal atitude pode não apenas diminuir o isolamento, mas também fortalecer o senso de pertencimento. Isso aumenta a frequência de comportamentos de aproximação e diminui respostas de esquiva, restaurando o sentido de comunidade. O terapeuta, por sua vez, precisa monitorar suas próprias reações, pois psicólogos em burnout frequentemente projetam suas expectativas sobre quem os atende, reproduzindo ciclos de exigência.

Nomear e analisar essas dinâmicas é parte do processo terapêutico: torna o campo relacional um espaço vivo de observação e intervenção.

Dito tudo isso, é importante que saibam que a pessoa que aqui escreve já passou por isso. Entre 2021 e 2024, vivi na fronteira entre exaustão e realização. A prática que me oferecia sentido passou a consumir energia, presença, vida. O burnout não foi consequência de um evento isolado, mas da acumulação de contingências: a pressão auto imposta por resultados, a busca incessante por padrões elevados, a empatia intensa não equilibrada por cuidado próprio. O olhar compassivo que oferecia aos clientes tornou-se difícil de aplicar a mim mesma, como se a exigência de disponibilidade constante tivesse apagado a distinção entre compromisso e sobrecarga.

Com o tempo, percebi que o impacto ultrapassava o espaço da clínica. A autocobrança, antes útil como guia de aprimoramento, transformou-se em barreira. A análise funcional revelou que minhas estratégias de enfrentamento — aumentar produtividade, assumir mais tarefas, antecipar demandas — reforçavam o próprio ciclo de exaustão. O sucesso era interpretado como insuficiente; o erro, como falha pessoal. Esse sistema de autocrítica mantinha o comportamento sob controle aversivo, mascarado de compromisso, resiliência e força.

A ruptura veio quando percebi que o problema não era o cansaço em si, mas o tipo de relação que eu havia estabelecido com o trabalho. Descansar já não era mais o ponto: era necessário reestruturar as contingências que mantinham minha dedicação e redefinir a forma de me relacionar com o desconforto da falta de limites com a busca por autorrealização profissional.

Foi nesse ponto que o modelo da ACT se tornou mais que uma teoria: uma ferramenta prática. A ACT propõe que experiências internas desagradáveis, como medo, frustração ou ansiedade, não precisam ser eliminadas, mas reconhecidas como parte do viver pleno. Tentar evitá-las reforçava meu ciclo de controle aversivo. A distinção entre valores e estratégias rígidas tornou-se central: o valor de ajudar o outro permanecia, mas as formas de expressá-lo precisavam ser mais flexíveis. Outro fator determinante foi o contato com a rede de apoio, a família tornou-se fonte legítima de suporte emocional e aprender a aceitar ajuda foi um comportamento novo e crucial. Conversas sinceras com colegas psicólogos revelaram que o sofrimento era mais comum do que se admitia publicamente. O compartilhamento de experiências funcionou como reforço social, validando dificuldades e reduzindo isolamento.

A terapia pessoal completou esse processo. Sem ela, seria fácil perpetuar padrões automáticos de sobrecarga, agora mascarados por racionalizações técnicas. O espaço terapêutico ofereceu um laboratório para observar minhas próprias contingências, testar novos comportamentos e fortalecer habilidades de flexibilidade psicológica. Aprender a tolerar desconfortos internos, reconhecer limites e afirmar necessidades tornou-se prática cotidiana. Cuidar de si deixou de ser exceção e passou a ser parte da atuação ética.

Essa reestruturação mostrou que o burnout não se supera por meio de técnicas isoladas, mas pela integração de múltiplos elementos: consciência funcional do próprio comportamento, aceitação ativa, ação guiada por valores, rede de suporte, limites claros e terapia contínua. Paradoxalmente, a clínica que me esgotava também me ensinou sobre o equilíbrio que sustenta o ato de cuidar. Sustentar uma clínica que cuida exige consciência contínua das contingências que moldam o ato de cuidar. O burnout, longe de ser falha pessoal, é um sinal funcional de que ajustes são necessários — um convite para reorganizar o ambiente, restaurar reforçadores positivos e recuperar a vitalidade do trabalho clínico.

A clínica que cuida começa pelo cuidado de quem cuida. E esse cuidado não é descanso eventual, nem toda pausa é autocuidado. Algumas vêm disfarçadas de esquivas sutis e a diferença está na função: cuidar-se para sustentar presença é diferente de afastar-se para evitar dor. Considerar o parar como um compromisso funcional, a fim de renovar, continuamente, as condições que tornam possível exercer o trabalho com integridade, propósito e vida. Essa diferenciação, aplicada a mim mesma, alterou profundamente meu modo de agir. Práticas simples — recusar horários excessivos, delegar tarefas, estabelecer fronteiras com clientes e colegas — passaram a operar como comportamentos de autocuidado funcional, reforçados por bem-estar e não por alívio imediato.

A travessia não é linear. Há recaídas, resistências e retornos a velhos padrões. Ainda assim, a prática deliberada de aceitar, observar, escolher e ajustar mantém o psicólogo em movimento. Cuidar de si, nesse contexto, é uma forma de intervenção clínica: cada pausa, cada limite e cada ato de autocompaixão são comportamentos operantes que sustentam a possibilidade de continuar cuidando com presença e humanidade.

**Referências:**

- Almeida, R. B., Leite, L. S., Ferreira, K. B., Melo, C. H. P., Mota, M. M., Nardi, H. O., Leal, S. S. S., & Nardi, A. E. (2022). ACT em grupo para manejo de ansiedade entre universitários: ensaio clínico randomizado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 42, e235684. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/yGxLsnhGbypt6m93Bvs4Vzy/?format=pdf&lang=pt>
- Barbosa, L. M., & Murta, S. G. (2014). Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(3), 34–49. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v16i3.711>
- Rodriguez, S. Y. S., & Carlotto, M. S. (2014). Prevalência e fatores associados à síndrome de burnout em psicólogos. *Ciência & Trabajo*, 16(51), 170–176. <https://doi.org/10.4067/S0718-24492014000300008>
- Rodriguez, S. Y. S., & Carlotto, M. S. (2017). Predictors of burnout syndrome in psychologists. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(1), 141–150. <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100014>
- Rodriguez, S. Y. S., Marques, V. S., Taube, M. E., & Carlotto, M. S. (2020). Síndrome de burnout em psicólogos: revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 13(3), 968–992. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.133.12>
- Silveira, A. L. P. da, Colleta, T. C. D., Ono, H. R. B., Woitas, L. R., Soares, S. H., & Andrade, V. L. A. (2016). Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 14(3), 275–284. <https://doi.org/10.5327/Z1679-443520163215>

## THE IN-BETWEEN IS MINE!

ANDRÉ CONNOR DE MÊO LUIZ - INSTITUTO CONTINUUM  
MYENNE MIEKO AYRES TSUTSUMI - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, LONDRINA

O título deste capítulo é inspirado na música I Am Mine, da banda Pearl Jam. Ela representa o fim da frase “I know I was born and I know I will die...”. A ideia de que o intervalo entre o nascimento e a morte, aquilo que não controlamos completamente, ainda assim pertence ao indivíduo, aproxima-se da compreensão de que existem aspectos inevitáveis da vida, mas também existe um espaço no qual é possível agir. Esse “entre” não é determinado apenas pelas circunstâncias externas, mas também pela forma como a pessoa organiza seus pensamentos, interpretações, emoções e repertórios comportamentais. É nesse espaço que a psicoterapia atua, auxiliando o indivíduo a desenvolver habilidades que tornam esse intervalo mais manejável, menos aversivo e menos sobrecarregado.

A sobrecarga cognitiva é um fenômeno recorrente em contextos clínicos. Ela ocorre quando há um acúmulo de informações, responsabilidades ou interpretações que excedem a capacidade de processamento do indivíduo. Essa sobrecarga tende a comprometer a clareza da tomada de decisão, a discriminação de contingências relevantes e a identificação adequada das variáveis envolvidas em uma situação. Em muitos casos, emoções intensas acompanham esse processo, o que dificulta ainda mais a organização do repertório. A interação entre sobrecarga cognitiva e dificuldade de regulação emocional frequentemente resulta em sofrimento psicológico significativo.

O caso de Júlia, utilizado aqui como exemplo, ilustra essa configuração. Júlia relatava sensação contínua de excesso de responsabilidade e dificuldade de organizar demandas familiares e profissionais. Em situações que exigiam tomada de decisão ou manejo de conflitos, descrevia alterações fisiológicas como dores de cabeça intensas, tensão muscular, taquicardia e sensibilidade à claridade. Também relatava dificuldade em discriminar com precisão o que sentia, interpretar suas próprias reações e separar fatos de interpretações precipitadas. Esses elementos são característicos de contextos nos quais emoções intensas interferem na clareza cognitiva e ampliam a percepção de ameaça, sugerindo fortemente a necessidade de desenvolver maior regulação emocional.

A regulação emocional consiste em identificar, interpretar e modular emoções de modo que elas não impeçam o indivíduo de agir de maneira funcional. Quando essa habilidade está prejudicada, o impacto emocional tende a distorcer a interpretação de eventos cotidianos e a favorecer respostas impulsivas ou rígidas. Em consequência, o espaço entre estímulo e resposta fica reduzido e a pessoa perde parte da capacidade de escolha sobre o próprio comportamento. De forma molecular, esse é o mesmo espaço descrito no título deste capítulo, no qual existe a possibilidade de ação organizada e consistente. Uma saída comum que as pessoas encontram é a tentativa de controlar tudo que está em suas vidas.

Muitos indivíduos desenvolvem padrões de enfrentamento baseados na tentativa de controle excessivo. Isso inclui assumir responsabilidades que não são suas, tentar antecipar todos os cenários possíveis ou evitar conflitos de forma sistemática. No entanto, esse padrão tende a ampliar o esforço cognitivo e intensificar a exaustão emocional. Júlia exemplifica esse tipo de funcionamento ao acreditar que precisava administrar praticamente todas as variáveis relacionadas ao trabalho, à casa, ao relacionamento conjugal e à vida da filha. Esse repertório gerava aumento da sobrecarga cognitiva e da sensação de incapacidade.

A Terapia de Solução de Problemas Centrada nas Emoções (EC-PST) utiliza o modelo de diátese-estresse para explicar a origem e manutenção desses padrões. Esse modelo integra vulnerabilidades biológicas, história de vida e condições contemporâneas, considerando que esses elementos se combinam para influenciar o repertório de enfrentamento. No Sistema I, encontram-se predisposições biológicas e aprendizagens iniciais sobre como lidar com dificuldades. No caso de Júlia, os relatos indicam uma história marcada por necessidade precoce de autonomia e pela ausência de contextos que favorecessem o desenvolvimento estruturado de habilidades de enfrentamento. O Sistema II engloba estressores da adolescência e da vida adulta, que se acumulam sobre as vulnerabilidades anteriores. O Sistema III descreve as respostas fisiológicas e emocionais imediatas diante de estressores e os impactos do estresse crônico no funcionamento cognitivo e emocional.

A EC-PST integra processos emocionais e cognitivos para reorganizar esses padrões. O objetivo é reduzir o impacto das emoções sobre o pensamento e ensinar o cliente a estruturar respostas mais racionais e planejadas.

Uma das primeiras etapas é a externalização, que consiste em registrar pensamentos, emoções e interpretações a fim de diminuir a intensidade da experiência privada e favorecer a observação objetiva do que está ocorrendo. Júlia relatou que escrever diariamente sobre suas reações ajudava a perceber que nem todas as preocupações correspondiam a fatos concretos e que sua interpretação muitas vezes estava sendo modulada pela emoção do momento.

A externalização é seguida pela simplificação, que consiste em dividir problemas complexos em partes menores, separar fatos de suposições, identificar o que está sob controle e reorganizar prioridades. Essa etapa reduz a percepção de ameaça e ajuda a prevenir respostas impulsivas. Júlia relatou que esse procedimento a ajudou a compreender que muitas das responsabilidades que assumia não dependiam apenas dela e que uma parte significativa de sua angústia derivava de interpretações e não de contingências objetivas.

Após a redução da sobrecarga cognitiva, a EC-PST utiliza o KIT 1, um protocolo estruturado de solução de problemas composto por definição do problema, geração de alternativas, tomada de decisão e implementação. Esse protocolo favorece a formulação clara das demandas, amplia o repertório de respostas possíveis e reduz o impacto da emoção no processo de tomada de decisão. Júlia relatou que, ao aplicar esse modelo, passou a perceber com maior clareza quais aspectos estavam sob sua responsabilidade e quais não estavam, e que isso diminuiu a intensidade de suas reações emocionais.

A literatura científica aponta que habilidades adequadas de solução de problemas têm função protetiva para a saúde mental e contribuem para a redução de sintomas emocionais e para a prevenção de psicopatologias. No contexto clínico, o desenvolvimento dessas habilidades permite ao indivíduo acessar um repertório mais flexível e menos dependente de interpretações moduladas por estados emocionais. Isso favorece o uso mais funcional do intervalo existente entre o que acontece e o que a pessoa faz diante disso, o mesmo intervalo simbolizado no título deste capítulo.

Para estudantes de Psicologia, compreender a interação entre sobrecarga cognitiva, regulação emocional e solução de problemas é fundamental para desenvolver análises funcionais adequadas e intervenções que promovam autonomia. A EC-PST demonstra que resolver problemas não envolve controlar todas as variáveis, mas agir de forma organizada mesmo quando o contexto é incerto.

Assim, o indivíduo aprende a ocupar o “in-between” com repertórios mais adaptativos, clareza comportamental e maior sensibilidade às contingências relevantes, tornando esse espaço um território possível de ser manejado de forma mais consistente.

### **Referências**

- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1982). Social Problem Solving in Adults. In *Advances in Cognitive–Behavioral Research and Therapy* (pp. 201–274). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-010601-1.50010-3>
- Gardner, B., Lally, P., & Wardle, J. (2012). Making health habitual: the psychology of ‘habit-formation’ and general practice. *British Journal of General Practice*, 62(605), 664–666. <https://doi.org/10.3399/bjgp12X659466>
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2019). *Emotion-centered problem-solving therapy: treatment guidelines*. Springer Publishing Company.
- Luiz, A. C. de M., & Tsutsumi, M. M. A. (2025). Habilidades de solução de problemas como caminho para a felicidade e bem-estar. *Perspectivas Em Análise Do Comportamento*, 17(2), 138–147. <https://doi.org/10.18761/PAC1acm12m>
- Luiz, A. C. de M., & Tsutsumi, M. M. A. (2025). The ontology of mental health disorders: embracing the diathesis-stress model. *Einstein (São Paulo)*, 24:eAE1796. [https://doi.org/10.31744/einstein\\_journal/2026AE1796](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2026AE1796)

## REFLEXÕES SOBRE A INCAPACIDADE DO TERAPEUTA: LIMITES DA ATUAÇÃO

MYENNE MIEKO AYRES TSUTSUMI - PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ, LONDRINA  
ANDRÉ CONNOR DE MEO LUIZ - INSTITUTO CONTINUUM

Quase sempre quando a palavra incapacidade aparece, é comum achar que essa palavra tem relação com algo ruim, que mostra uma fraqueza ou é usada como sinônimo de pouca qualificação. É de se esperar, portanto, que ninguém queira se perceber ou se sentir incapaz de algo. Se seu trabalho é ser terapeuta, é plausível que você não queira ser um terapeuta incapaz. No entanto, ser incapaz de algo também pode ser o reconhecimento de suas limitações técnicas e pessoais. Apesar disso, muitos terapeutas ainda sofrem com a ideia de que haverá momentos em que inevitavelmente existirão barreiras que não serão possíveis de serem superadas, não por incompetência, mas por incapacidade. O presente capítulo é uma reflexão (e uma autorreflexão) sobre o que ser incapaz significa no contexto do ser terapeuta e como pensar sobre isso pode te ajudar a ser melhor.

Considere a seguinte história. Bites é uma terapeuta experiente, com formações, títulos e com uma carteira de pacientes cheia. Ela se especializou em atendimento de mulheres adultas e suas mais diversas demandas. Ela sempre achou que já havia visto de tudo e que pouca coisa poderia ter poder de abalo emocional suficiente para que ela se sentisse incapaz de conduzir um caso. Certa vez, Bites recebeu em seu consultório uma paciente cuja condição financeira a enquadrava em um atendimento social. Sem emprego, morando com as filhas e o marido no fundo da casa de seus pais, a paciente de Bites contava apenas com o dinheiro que o marido recebia como motorista de aplicativo. Sua queixa versava sobre problemas de relacionamento com o marido, dificuldade de encontrar rede de apoio, a sobrecarga do cuidado das filhas pequenas e a ansiedade de uma vida com condições precárias e muitas incertezas.

Com todo seu conhecimento, Bites conseguiu conduzir o caso de forma a ajudar sua paciente a viver melhor com o marido, a aceitar a falta de apoio da família e a estruturar o cuidado com suas filhas. No entanto, em várias sessões Bites sentia que seu conhecimento, suas técnicas e as literaturas que leu ao longo dos anos, não a ajudavam a lidar com as principais fontes de sofrimento de sua paciente tais como a falta de dinheiro e a inerente sobrecarga da maternidade, bem como não ajudavam com o desconforto de ver suas limitações em ajudar a diminuir o sofrimento de sua paciente. Em vários momentos, Bites estruturava possibilidades de soluções para problemas da paciente que, quando entravam em contato com a vida real, não conseguiam se manter.

A paciente de Bites, para conseguir um emprego, precisava de alguém para cuidar de suas filhas pequenas, mas, apesar de morar no fundo da casa dos pais, eles não eram confiáveis nem se dispunham a cuidar das netas. As vagas nas creches oferecidas pelo município eram difíceis de conseguir. Uma de suas filhas exigia cuidados especiais por conta de uma condição do seu desenvolvimento, o que a deixava apreensiva sobre sair de casa para trabalhar. O marido da paciente havia sido demitido de seu antigo emprego, seu seguro-desemprego havia acabado e ele conseguia fazer dinheiro sendo motorista de aplicativo, mas essa profissão estava ameaçada porque o carro seria apreendido em breve por falta de pagamento. O cenário não era favorável para que as intervenções planejadas por Bites de fato promovessem bem-estar para sua paciente.

Agora acompanhe uma outra história. Veta é um terapeuta recém-formado, estudioso e dedicado. Ele atende um jovem de 23 anos, estudante de Medicina em uma universidade particular de uma grande capital. O paciente é um jovem de classe média-alta, filho único, com um estilo de vida luxuoso, viagens internacionais, carros esportivos e muitas outras facilidades que sua família e o dinheiro puderam lhe oferecer. Suas queixas tinham relação com conflitos familiares sobre as expectativas e cobranças que seu pai o impunha bem como dificuldades no seu relacionamento. O paciente de Veta morava com os pais, tinham uma relação conflituosa, com cobranças diárias sobre seu desempenho na faculdade e punições quando as vontades do pai não eram cumpridas. Ele namorava uma moça havia três anos e descrevia ter um relacionamento conturbado, com discussões, humilhações, controle e ciúme excessivo.

Veta estudou, pagou supervisões, traçou diferentes intervenções e tentou ao máximo ajudar seu paciente a organizar sua vida para que ele pudesse tomar decisões que o levasse a uma vida mais autêntica, autônoma e feliz. Veta discutiu com seu paciente que ele poderia usar o dinheiro que recebia como estagiário para iniciar sua vida independente de seus pais, o que seria a concretização de sua vida adulta e autônoma, desejada por ele. Além disso, ele poderia finalizar seu relacionamento e se dedicar a uma vida mais tranquila e mais alinhada aos seus valores. No entanto, todas essas decisões teriam um preço: viver de forma menos luxuosa, trocar seu carro de luxo por um carro popular, morar em um local mais barato do que a casa dos pais, pagar pelos próprios gastos, e sofrer temporariamente pelo fim do relacionamento.

Depois de aplicar suas intervenções e de algumas tentativas em solucionar as questões de seu paciente, Veta sentia que seu planejamento não o ajudava a lidar com uma questão chave para a melhora da saúde mental de sua paciente: ele não estava disposto a abandonar suas facilidades, as

mesmas que o adoeciam, em prol de uma vida mais tranquila. Veta sentia que suas sessões passaram a lhe gerar uma certa frustração porque não havia avanço no caso e continuaria assim até que seu paciente decidisse tomar decisões difíceis.

Em ambos os casos, os terapeutas apresentaram comportamentos esperados de alguém que pode ser considerado capaz: avaliaram e planejaram intervenções adequadas aos seus casos, implementaram suas intervenções e identificaram as contingências que mantinham os comportamentos de seus pacientes. Mesmo se mostrando competentes para conduzir os casos, ambos se depararam com suas incapacidades. Bites não conseguia alterar nem criar condições para que sua paciente pudesse fazer mais dinheiro, que a família dela fosse mais parceira ou que a maternidade fosse menos desafiadora do que estava sendo. Veta não conseguia fazer seu paciente tomar a decisão de trocar uma vida luxuosa e conturbada por uma vida simples e tranquila. Ambos eram competentes, porém Bites era incapaz de alterar partes da realidade de sua paciente e Veta era incapaz de obrigar seu paciente a mudar. Eles eram incapazes porque as variáveis de controle do comportamento de seus pacientes e das contingências que os determinavam, as quais eram cruciais para a real mudança, não estavam sob controle deles, terapeutas. Mesmo que todas as análises estivessem perfeitamente descritas e que todos os caminhos para a melhora estivessem iluminados, os obstáculos para ambos os pacientes exigiam um esforço que os terapeutas não tinham como suavizar porque eram inerentes às suas condições. Além disso, ambos tinham limites pessoais e éticos a respeito do quanto poderiam se envolver na resolução dos problemas de seus pacientes. Para Bites e Veta, a saída dos problemas de seus pacientes estava a um passo de distância, mas para seus pacientes não. E é nesse desconforto que o terapeuta sente em momentos como esse que mora a nossa reflexão.

A missão de um terapeuta nem sempre é o de resolver problemas ou de provocar mudanças. O terapeuta é, por excelência, o acompanhante tecnicamente habilitado para percorrer os caminhos da vida de seu paciente. Isso significa que o terapeuta irá caminhar ao lado, no mesmo ritmo, viver os mesmos cansaços e dificuldades. As habilidades técnicas mostrarão melhores caminhos e estratégias mais eficientes. Estar junto também será sentir o quão custosa e bonita é a jornada. Nesse caso, as melhores estratégias terapêuticas serão fortalecer o vínculo, promover rede de apoio, fortalecer padrões saudáveis de comportamento e ensinar repertórios de enfrentamento. A condução do terapeuta é uma sugestão de como o paciente pode lidar com a sua vida e a sua presença (e apoio) ao longo do caminho é inegociável.

Nesse capítulo, vimos que ser incapaz não é ser incompetente. Refletimos que reconhecer suas incapacidades é primordial para que o terapeuta possa utilizar seu apoio, presença e paciência com o ritmo de caminhada de seu paciente como principais ferramentas de condução terapêutica. Em uma sociedade em que são valorizadas as pessoas rápidas, produtivas, perfeitas e infalíveis, parece contraintuitivo falar sobre incapacidades. No entanto, é justamente quando o terapeuta as percebe, as compreende e as aceita é que seu trabalho pode ser feito com maestria.

### **Referências**

Braga, G. L. de B., & Vandenberghe, L. (2006). Abrangência e função da relação terapêutica na terapia comportamental. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23, 307–314.

Lima, R. C. de. (2011). *A relação terapêutica sob a perspectiva analítico-comportamental (Trabalho acadêmico)*. [Especificar se é dissertação de mestrado, tese, monografia e a instituição — caso você tenha a informação].

Skinner, B. F. (2003). *Ciência e comportamento humano*. Martins Fontes.

EXPERIÊNCIAS CLÍNICAS ©  
SUPERANDO DIFICULDADES NA PSICOTERAPIA  
VOLÚME II

Luiz & Tsutsumi (orgs)