



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Processos motivacionais

CAPÍTULO 10

Valor não é meta, e convencer não é motivar. Como distinguir motivações adaptativas das que só aliviam no curto prazo, e como trabalhar a ambivalência sem entrar em disputa com o paciente.

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

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

Clique aqui e saiba mais



O ESSENCIAL

- Ψ **Valor não é quantificável; objetivo é.** “Ser um bom pai” é valor; “passar duas tardes por semana com o filho” é objetivo. Confundir os dois é das falhas mais comuns na prática.
- Ψ **Comportamento mal adaptativo tem ganho.** O que parece autossabotagem costuma entregar alívio de curto prazo — e é esse ganho que sustenta o padrão.
- Ψ **O planejamento é a ponte.** Sem ele, o valor fica declaração e o objetivo fica intenção.
- Ψ **Convencer é risco iatrogênico.** Tentar provar ao paciente o que é certo aumenta a ruminação e desgasta a aliança. O papel é colaborar para que a motivação surja dele.
- Ψ **A pergunta da EM é outra:** não “o que te impede de mudar”, e sim *o que você ganha em permanecer como está.*

Um domínio com pouca literatura

Esta é a décima aula da jornada, com cerca de vinte horas acumuladas de TBP. Vieram antes a base epistemológica, a avaliação e a intervenção nos processos atencionais, cognitivos, de *self* e de afeto. Os processos motivacionais entram aqui, antecedendo os comportamentais.

E o encontro começou por uma constatação honesta: **há pouco material acadêmico sobre motivação em psicoterapia no Brasil**. Mesmo na literatura de referência da TBP, Hayes e Hofmann não oferecem definições formais nem clareza sobre como avaliar e intervir nesse domínio — ficam numa divisão geral entre motivação aversiva e positiva.

O QUE FAZER COM UMA LACUNA DESSAS

Uma lacuna na literatura não autoriza improviso, mas exige que o terapeuta seja mais explícito sobre de onde tira o que faz. Boa parte do que se usa clinicamente neste domínio vem de fora da TBP — da ACT, da DBT, da Entrevista Motivacional, da teoria de metas — e é integrada pela função que cumpre na rede.

Motivação como função dentro da rede

A definição de trabalho: motivação são os **processos internos e externos que direcionam o comportamento** em direção a metas ou necessidades.

Na TBP, porém, a pergunta não é “quanta motivação ele tem”, e sim **que função aquela motivação exerce dentro da rede daquele paciente**. Daí a distinção que organiza a aula: a motivação é **adaptativa** ou **mal adaptativa**?

E aqui vem o ponto que muda a leitura clínica: **comportamentos aparentemente mal adaptativos oferecem ganhos secundários de curto prazo**. Ninguém mantém um padrão que não entrega nada. Se o paciente insiste em algo que o afasta do que diz querer, a pergunta não é por que ele é incoerente — é o que aquele padrão está entregando a ele agora.

As três motivações mal adaptativas

- Ψ **Aquisição material** — a busca por bens como via para obter segurança ou reconhecimento. O objeto não é o ponto; o que ele promete é.
- Ψ **Complacência** — a adoção dos valores dos outros por medo de rejeição. A pessoa persegue metas que não são dela, e frequentemente as alcança sem sentir nada.
- Ψ **“Não se importa”** — impulsividade com foco no curto prazo, em que a pergunta sobre consequência simplesmente não é feita.

Os três têm o mesmo denominador: servem para **evitar desconforto emocional**, em detrimento de valores de vida mais profundos. É a evitação experiencial aparecendo no domínio motivacional (Hayes et al., 1996).

UMA OBSERVAÇÃO DE LEITURA

Note que nenhuma das três é preguiça, falta de força de vontade ou falha de caráter — vocabulário que ainda circula bastante quando se fala de motivação. As três são **estratégias**, e estratégias se avaliam pela função e pelo custo, não por julgamento moral.

Valores, objetivos, planejamento

Do lado adaptativo, três elementos encadeados. **Valores** são orientações internas não quantificáveis — “ser um bom pai”. **Objetivos** são resultados futuros concretos e mensuráveis — “passar duas tardes por semana com o filho”. E o **planejamento** é a ponte que coloca isso em prática.

A confusão entre valor e objetivo é **frequente na prática clínica**, e não é um preciosismo de vocabulário. Um valor não se cumpre — ele orienta indefinidamente, como uma direção na bússola. Um objetivo se atinge, e depois acaba. Quando o paciente trata o valor como meta, ele vive num teste permanente que nunca passa; quando trata a meta como valor, atinge e não sente nada.

A clareza sobre **o que é quantificável** é o que permite estabelecer prioridades reais e saber se houve progresso.

O caso Marina: variação, seleção, retenção

Marina (caso apresentado em aula, desidentificado), psicóloga de 31 anos, tem dificuldade em produzir conteúdo para redes sociais. A leitura foi feita pelos três eixos do metamodelo:

- Ψ **Variação** — o comportamento aparece marcado por perfeccionismo e evitação: ela prepara, revisa, adia, não publica.
- Ψ **Seleção** — o que seleciona esse padrão é o **alívio imediato da ansiedade**. Não publicar resolve o desconforto agora.
- Ψ **Retenção** — o alívio se repete e o ciclo se mantém, prendendo-a na não exposição.

É o exemplo mais limpo do princípio anterior: o comportamento que a afasta do que ela quer **está entregando algo**. Enquanto o terapeuta só enxergar procrastinação, vai propor organização de agenda. Enquanto enxergar a função, vai propor exposição e trabalho de valores.

Explorar valores e transformá-los em metas

Para acessar valores, dois caminhos. **Investigar as pessoas admiradas** — quem o paciente admira, e o que exatamente admira nelas; valores costumam aparecer com mais nitidez projetados em outro do que declarados sobre si. E **usar listas de valores**, como a da DBT (Linehan, 2015), que dão vocabulário a quem não tem.

O exercício serve para o paciente identificar **áreas negligenciadas** da própria vida — e orienta o tratamento para além da simples redução de sintomas. É um deslocamento de alvo: de “sofrer menos” para “viver o quê”.

Para tornar o valor concreto, entram as **metas SMART** — específicas, mensuráveis, alcançáveis, relevantes e com prazo definido. O ganho não é organizacional: metas específicas **umentam a autoeficácia** do paciente (Bandura, 1997; Locke & Latham, 2002), porque criam evidência de que ele consegue. E é o monitoramento com prática consistente que favorece a **retenção** dos novos padrões.

Entrevista Motivacional: a ambivalência como alvo

A Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2013) entra como ferramenta para manejar a **ambivalência** — não para vencê-la.

A diferença em relação ao questionamento socrático padrão está na pergunta que se faz. Em vez de perguntar o que impede a mudança — pergunta confrontativa, que convida o paciente a defender a permanência —, a EM investiga **o que o paciente ganha ao permanecer como está**, e a partir daí explora as discrepâncias.

Os quatro princípios apresentados: **resistir ao reflexo de consertar** (a vontade de corrigir é do terapeuta, não do paciente); **entender as motivações do paciente** (as dele, não as que fariam sentido

para você); **escutar com empatia**; e **fortalecer o paciente**, devolvendo a ele a autoria da mudança. O papel do profissional **não é convencer**.

O RISCO IATROGÊNICO

Tentar convencer o paciente do que é correto pode **umentar a ruminação e a intolerância ao sofrimento**. E terapeutas que assumem a responsabilidade de forçar a mudança se desgastam à toa e prejudicam a aliança. A responsabilidade pela mudança não é transferível — nem para cima do terapeuta.

Quando aparece resistência

Diante de bloqueio, uma saída é o **cenário hipotético**: contornar o impasse sem entrar em disputa de poder. Perguntar como seria se, em vez de negociar o que é. O objetivo permanece: reorganizar os processos motivacionais para que o comportamento seja guiado por **valores**, e não por esQUIVA.

Um exemplo de conduta veio da mediação: num caso de uso de substância com TDAH, a estratégia foi **monitoramento e adiamento gradual do consumo**, em vez de proibição imediata — lógica de redução de danos (Marlatt, 1996). Isso permitiu trabalhar a motivação sem transformar a sessão em confronto.

Para fechar, uma imagem útil: a metáfora do **buquê** — reunir e devolver ao paciente as próprias falas de mudança, como quem junta flores que ele mesmo colheu ao longo da conversa.

Referências

1. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
2. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
3. Doran, G. T. (1981). There's a S.M.A.R.T. way to write management's goals and objectives. *Management Review*, 70(11), 35–36.
4. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
5. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy* (2ª ed.). Guilford Press.
6. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
7. Kasser, T., & Ryan, R. M. (1996). Further examining the American dream. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(3), 280–287.
8. Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2ª ed.). Guilford Press.
9. Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation. *American Psychologist*, 57(9), 705–717.
10. Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137–160.
11. Marlatt, G. A. (1996). Harm reduction: Come as you are. *Addictive Behaviors*, 21(6), 779–788.
12. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.

13. Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care*. Guilford Press.
14. Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J., & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire. *The Psychological Record*, 60(2), 249–272.

NOTA DE MÉTODO

O caso “Marina” foi apresentado em aula e está desidentificado; o exemplo de uso de substância com TDAH, trazido na mediação, também. Corrigi artefatos de transcrição: *Reis e Hoffman* → **Hayes e Hofmann**; metas *Smart* → **SMART**. Os quatro princípios apresentados correspondem ao acrônimo **RULE** de Rollnick, Miller e Butler (2008), referência acrescentada por mim, já que a aula não a nomeou. Os encaminhamentos operacionais do encontro (indicação de capítulo, planejamento de workshop, publicação de referência no grupo) foram omitidos por não integrarem o conteúdo. As demais referências de valores, metas, autoeficácia, entrevista motivacional e redução de danos foram acrescentadas para dar respaldo formal a afirmações feitas em aula sem citação explícita. Nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

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

Separei, com o paciente, o que é valor (não quantificável) do que é objetivo (mensurável).

Perguntei o que o padrão atual entrega a ele agora — antes de tratá-lo como sabotagem.

Investiguei se a motivação é aquisição material, complacência ou “não se importa”.

Acessei valores por pessoas admiradas ou por lista, e não só por pergunta direta.

Transformei ao menos um valor em meta específica, mensurável e com prazo.

Percebi o meu reflexo de consertar — e resisti a ele.

Perguntei o que ele ganha em permanecer como está, em vez do que o impede de mudar.

Não assumi para mim a responsabilidade de fazer a mudança acontecer.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

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

1. Diferencie valor de objetivo com um exemplo de um paciente seu. O que muda na conduta conforme a leitura?

2. Descreva as três motivações mal adaptativas e o que cada uma evita.

3. Analise um caso seu por variação, seleção e retenção, como no caso Marina.

4. Por que perguntar “o que te impede de mudar” tende a ser contraproducente?

5. Que risco iatrogênico existe em tentar convencer o paciente do que é certo?

6. Escreva uma meta SMART a partir de um valor que um paciente seu declarou.

7. Lembre de uma sessão em que você caiu no reflexo de consertar. O que faria diferente?

Gabarito

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

1. Diferencie valor de objetivo com um exemplo de um paciente seu. O que muda na conduta conforme a leitura?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta aplica o critério de **quantificabilidade**: valor é direção, não se cumpre nem se conclui; objetivo é resultado futuro concreto e mensurável, e termina. Sobre a conduta: tratar valor como meta cria um teste permanente que nunca passa; tratar meta como valor faz a pessoa alcançar e não sentir nada. O planejamento é o que liga os dois.

2. Descreva as três motivações mal adaptativas e o que cada uma evita.

COMENTÁRIO

Aquisição material — bens como via para segurança ou reconhecimento. **Complacência** — adoção dos valores dos outros por medo de rejeição. **“Não se importa”** — impulsividade com foco no curto prazo, sem a pergunta pela consequência. As três evitam **desconforto emocional**, em detrimento de valores de vida mais profundos: é evitação experiencial operando no domínio motivacional.

3. Analise um caso seu por variação, seleção e retenção, como no caso Marina.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta nomeia a **variação** (como o comportamento aparece), a **seleção** (que consequência imediata o torna mais provável — no caso Marina, o alívio da ansiedade ao não publicar) e a **retenção** (a repetição do alívio, que prende o padrão). O teste de qualidade é o mesmo de sempre: se a seleção não nomeia uma função, ainda é descrição.

4. Por que perguntar “o que te impede de mudar” tende a ser contraproducente?

COMENTÁRIO

Porque é pergunta confrontativa: ela convida o paciente a **defender a permanência**, produzindo racionalização e barganha. A alternativa da Entrevista Motivacional inverte o foco — investigar o que ele *ganha* ao permanecer como está — e a partir daí explorar as discrepâncias entre isso e o que ele diz querer. O paciente passa a argumentar pela mudança, em vez de contra ela.

5. Que risco iatrogênico existe em tentar convencer o paciente do que é certo?

COMENTÁRIO

Tentar convencer pode **aumentar a ruminação e a intolerância ao sofrimento**, além de desgastar a aliança. E há um custo do lado do terapeuta: quem assume a responsabilidade de forçar a mudança se esgota à toa. A responsabilidade pela mudança não é transferível — nem do paciente para o terapeuta, nem o contrário.

6. Escreva uma meta SMART a partir de um valor que um paciente seu declarou.**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta parte de um valor **declarado pelo paciente** e produz uma meta específica, mensurável, alcançável, relevante e com prazo — sem transformar o valor em cobrança. Vale lembrar o efeito buscado: metas específicas aumentam a **autoeficácia** porque criam evidência de que ele consegue, e não apenas organizam a agenda.

7. Lembre de uma sessão em que você caiu no reflexo de consertar. O que faria diferente?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa, e a pergunta é pessoal. Uma boa resposta reconhece o momento concreto em que a vontade de corrigir foi do terapeuta, descreve o efeito na sessão — defensividade, silêncio, concordância vazia — e propõe o que faria no lugar: pedir permissão antes de sugerir, devolver a decisão, ou simplesmente escutar mais um pouco.