



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Processos emocionais e afeto

CAPÍTULO 9

Da geração da emoção à resposta: o ciclo afetivo, o modelo processual de regulação, e por que nenhuma estratégia é boa ou ruim em si — o que decide é o contexto, a história e a flexibilidade de uso.

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 **Emoções são amorais.** O que recebe julgamento social é o comportamento que vem depois — não a emoção em si.
- Ψ **Nenhuma estratégia é boa ou ruim isoladamente.** A adequação depende do contexto, da história da pessoa e das condições fisiológicas. O que adoece é o *uso rígido* de uma única estratégia.
- Ψ **A “situação” é o elo mais mal explorado** do modelo de geração emocional — e é onde começam situação → atenção → avaliação → resposta.
- Ψ **Regular não é regular sempre.** O objetivo inclui permitir a expressão quando ela é pertinente, monitorando intensidade e temporalidade.
- Ψ **Emoção positiva também se treina.** Muitos pacientes têm limitação severa para vivenciar prazer e reter memórias boas — e isso é alvo clínico, não bônus.

A emoção como mecanismo transdiagnóstico

A forma como a psicologia olhou para a emoção mudou três vezes. Primeiro ela foi tratada como **epifenômeno da cognição** — consequência do pensamento, sem estatuto próprio. Depois, como **sintoma a ser reduzido**. Na TBP, ela aparece como **mecanismo transdiagnóstico central**: um processo que atravessa quadros diferentes e que se avalia pela função, não pelo rótulo.

Esse deslocamento tem consequência prática imediata. Se a emoção é sintoma, o sucesso é ela ficar menor. Se é processo, o sucesso é ela ficar **funcional** — o que às vezes significa mais intensa, e não menos.

A cultura da razão — e as emoções como amorais

A aula abriu por uma crítica cultural: a herança da divisão cartesiana, que na cultura brasileira aparece como desconsideração ou repressão da emoção em favor da razão. As emoções são cruciais para a compreensão do mundo, e o trabalho clínico deve **acolher essas experiências** em vez de tratá-las como erro a corrigir.

EMOÇÕES NÃO TÊM MORAL

A classificação usada foi a de Dalgarrondo: **emoções são amorais**. O que recebe julgamento moral é o **comportamento subsequente**, e conforme o contexto social. Raiva não é ruim; o que se faz com ela pode ser. Essa distinção é o que permite validar a experiência sem endossar a conduta.

Daí decorre a discussão sobre **educação socioemocional** nas escolas, que ainda enfrenta resistência de parte dos educadores. Materiais acessíveis ajudam na alfabetização emocional dos pacientes — de cadernos de exercícios de inteligência emocional a filmes que dão nome e forma às emoções.

O que a clínica esquece: as emoções positivas

Um exercício simples abriu o tema: recordar um momento marcante e positivo da própria vida. Fácil de propor, difícil de fazer para boa parte dos pacientes.

O ponto clínico é que **pacientes costumam ter dificuldade em reter memórias positivas**, com o foco preso a traumas e situações negativas. Foi relatado o caso de um paciente de 21 anos que, tendo tido uma experiência boa com o pai, só conseguiu acessar aquela lembrança **no final da sessão** — depois de todo o resto.

A resposta a isso é intervenção, não conversa fiada: incentivar o **savoring**, o saborear deliberado dos momentos bons (Bryant & Veroff, 2007). E há um dado desconfortável que aparece com frequência: muitas pessoas têm **limitação severa para vivenciar prazer e recompensa** mesmo dispondo de recursos para isso. Não é falta de oportunidade — é falta de repertório.

SOBRE ROMPER PROTOCOLO

Houve discussão sobre quebrar a rigidez do enquadre em momentos específicos — compartilhar uma celebração, por exemplo. Feito com critério, fortalece o vínculo e ajuda o paciente a acolher experiências positivas; e serve também de contrapeso para o terapeuta, que ouve histórias difíceis todos os dias.

Para dar linguagem a isso, foi mencionado o uso de escalas de bem-estar subjetivo como recurso para o paciente **conhecer, nomear e equilibrar** as próprias emoções — um instrumento a serviço da autorregulação, não do escore.

O ciclo do processo afetivo

O processo afetivo é um mecanismo **dinâmico e cíclico**: geração, modulação, atenção e resposta comportamental. O desafio clínico é ajudar o paciente a desenvolver **capacidade reflexiva e**

regulatória — para que exista um intervalo entre sentir e agir.

O modelo de geração emocional encadeia quatro elos: **situação** (o gatilho, e o elo que raramente é bem explorado), **atenção** (o processamento cognitivo do estímulo), **avaliação** (o significado dado à experiência) e **resposta**. Cada elo admite uma estratégia de regulação diferente — quanto mais cedo no ciclo, mais “antecedente” é a estratégia.

O contexto não é cenário

Dois exemplos deixaram isso claro. Um adolescente cujo banho demorado era **forma de rebeldia contra o pai** — o comportamento não se explicava por desregulação, e sim pela relação. E um adolescente com reações intensas, gritos e rigidez cognitiva em escolas com gestão inadequada que, **ao mudar para uma escola com coordenação e professores que funcionavam bem, passou a apresentar comportamento socialmente esperado**.

O segundo caso é o mais instrutivo: mesma pessoa, mesmo repertório, contexto diferente, resultado diferente. Insatisfação profissional e conflito familiar operam do mesmo jeito em adultos — disparam processos afetivos intensos que depois se lê como “desregulação do paciente”.

Regulação emocional: o modelo processual de Gross

A definição de trabalho, seguindo Gross (1998, 2015): os processos **extrínsecos e intrínsecos** pelos quais a pessoa monitora, avalia e modifica suas reações emocionais para atingir objetivos pessoais. A regulação pode ser **intrapessoal ou interpessoal**, e serve a várias funções: aliviar sofrimento, mas também adaptar-se a contextos sociais e institucionais.

O OBJETIVO NÃO É REGULAR SEMPRE

Regular não significa manter a emoção baixa o tempo todo. O objetivo inclui **permitir a expressão quando ela é pertinente** — monitorando a **intensidade** e a **temporalidade**, em nome da adequação. Um paciente que nunca se irrita não está regulado; está suprimindo.

O modelo processual organiza as estratégias segundo *onde* elas agem no ciclo. As **antecedentes** — seleção da situação, modificação da situação, direcionamento da atenção e reavaliação cognitiva — operam *antes* da experiência emocional plena. As **focadas na resposta** agem depois que a emoção já se instalou.

As estratégias, uma a uma — e seus custos

O princípio que organiza esta seção: **não existem estratégias intrinsecamente boas ou ruins**. A adequação depende do contexto, da história da pessoa e das condições fisiológicas (Aldao, 2013; Bonanno & Burton, 2013). O que caracteriza saúde é a **flexibilidade** no uso; o que reforça a patologia é o uso rígido de uma estratégia só.

- Ψ **Seleção da situação** — reduz a exposição emocional. Útil, e com custo se for a única carta na mão.
- Ψ **Modificação da situação** — reduz a intensidade e aumenta o senso de controle. O alerta: modificar constantemente tem preço interpessoal. Pais que limitam demais a autonomia dos filhos por medo prejudicam a relação e o desenvolvimento do outro.
- Ψ **Direcionamento da atenção** — a distração ajuda pontualmente. Crônica, **impede o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento**: a pessoa nunca aprende que aguentaria.
- Ψ **Reavaliação cognitiva** — dar novo sentido ao que não se pode controlar. Poderosa, e com uma ressalva ética séria: usada sem critério, pode **perpetuar abusos ou passividade**. Nem tudo que dói pede resignificação; algumas coisas pedem mudança de situação.
- Ψ **Exposição emocional** — facilita a aprendizagem, e exige manejo cauteloso para não retraumatizar.
- Ψ **Supressão** — atua depois da resposta. Problemática a longo prazo porque **impede a elaboração** da emoção; pontualmente funcional quando expressar ali não é opção.
- Ψ **Regulação fisiológica** — respiração e relaxamento importam nos momentos de hiperativação. Contraproducentes quando usados como **fuga**.
- Ψ **Preocupação e ruminação** — dão sensação de controle e perpetuam o sofrimento, prendendo a pessoa ao problema.

Um caso ilustrou a avaliação de funcionalidade: um paciente de 32 anos com padrão de evitação experiencial que decide não ir a um evento — por economia e para não encontrar gatilhos. A decisão pode ser sensata ou pode ser mais uma esquiva. **A pergunta não é o que ele fez, e sim o que aquilo está fazendo por ele.**

Avaliar por falhas do sistema, não por rótulo

A proposta de avaliação dispensa a rotulação diagnóstica e busca identificar **onde o sistema emocional está falhando: hiperativação** (resposta desproporcional em intensidade ou duração), **hipoativação** (embotamento, dificuldade de acessar a experiência), **evitação experiencial** (Hayes et al., 1996) e **rigidez regulatória** (uma estratégia só para todo contexto).

Identificado o padrão, a intervenção se encadeia: para **evitação**, exposição e aceitação; para **supressão**, expressão graduada e treino de consciência; para **falhas de reavaliação**, reestruturação cognitiva; e para **limitação na emoção positiva**, treino deliberado da experiência de prazer e recompensa.

Dois exemplos de aplicação

No **transtorno de ansiedade generalizada**, o foco recai sobre a interrupção do ciclo de preocupação. No **transtorno explosivo intermitente**, sobre a pausa e a **granularização** da emoção — ampliar o vocabulário afetivo para que “raiva” se diferencie em frustração, humilhação, sobrecarga (Kashdan,

Barrett & McKnight, 2015). Em ambos, a lógica é a mesma: substituir evitação ou impulsividade por estratégias funcionais de enfrentamento.

Regulação interpessoal e o risco da bengala

A regulação também acontece por sistemas sociais, ancorada na teoria do apego como fonte de segurança (Zaki & Williams, 2013). A correção é natural e desejável — mas a **dependência excessiva de figuras externas**, como alguém que acompanha o paciente em todas as atividades, funciona como bengala: impede o desenvolvimento da autonomia e bloqueia a extinção dos medos.

O FECHO

A aula terminou num contraste que vale guardar: o alvo é a **vitalidade e o enfrentamento da vida** — não a busca de uma felicidade dopaminérgica. Regular emoção não é sentir menos; é conseguir viver a vida que importa carregando o que ela exige.

Referências

1. Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153–164.
2. Aldao, A. (2013). The future of emotion regulation research: Capturing context. *Perspectives on Psychological Science*, 8(2), 155–172.
3. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237.
4. Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 591–612.
5. Bryant, F. B., & Veroff, J. (2007). *Savoring: A new model of positive experience*. Lawrence Erlbaum.
6. Dalgalarrodo, P. (2019). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais* (3ª ed.). Artmed.
7. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
8. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26.
9. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
10. Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908.
11. 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.
12. Kashdan, T. B., Barrett, L. F., & McKnight, P. E. (2015). Unpacking emotion differentiation. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 10–16.
13. Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424.
14. Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. Free Press.
15. Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803–810.

NOTA DE MÉTODO

Os casos clínicos citados em aula estão desidentificados. As lembranças pessoais compartilhadas pelos participantes durante o exercício de memórias positivas foram deliberadamente omitidas: são material de participantes, não conteúdo de aula. A conversa que antecedeu a aula — carreira acadêmica, publicação e plataformas de avaliação — também ficou de fora por não integrar o tema. Corrigi artefatos de transcrição: *Dalgala Rondo* → **Dalgalarrondo**; *hipotivação* → **hipoativação**. A referência à escala de bem-estar subjetivo foi ancorada na versão brasileira de Albuquerque e Tróccoli (2004), que é a de uso corrente no país; a aula não especificou qual instrumento. As referências de regulação emocional, flexibilidade regulatória, evitação experiencial, *savoring* e granularidade emocional 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.

Investiguei a situação com detalhe — o elo do ciclo que costuma passar batido.

Perguntei qual estratégia o paciente usa e em que ponto do ciclo ela age.

Avaliei a funcionalidade da estratégia no contexto dele, em vez de classificá-la como boa ou ruim.

Checei se o problema é rigidez de uso — uma estratégia só para todo contexto.

Nomeei o padrão do sistema: hiperativação, hipoativação, evitação experiencial ou rigidez regulatória.

Antes de propor reavaliação, verifiquei se a situação não é caso de mudança, e não de resignificação.

Trabalhei a experiência de emoções positivas como alvo clínico, não como sobremesa.

Verifiquei se algum apoio interpessoal está funcionando como bengala.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

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

1. O que muda na conduta quando se assume que emoções são amorais e o julgamento recai sobre o comportamento?

2. Descreva os quatro elos do ciclo de geração emocional com uma situação de um paciente seu.

3. Por que nenhuma estratégia de regulação é boa ou ruim em si? Dê um exemplo de uma que funcionou num contexto e falhou em outro.

4. Qual o risco ético da reavaliação cognitiva usada sem critério?

5. Diferencie hiperativação, hipoativação, evitação experiencial e rigidez regulatória — e a intervenção correspondente a cada uma.

6. Como você trabalharia a granularização emocional com um paciente que só nomeia “raiva” e “nada”?

7. Que paciente seu teria dificuldade de acessar uma memória positiva? Que intervenção você proporia?

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. O que muda na conduta quando se assume que emoções são amorais e o julgamento recai sobre o comportamento?

COMENTÁRIO

Muda o que se acolhe e o que se avalia. A emoção deixa de ser objeto de julgamento e passa a ser dado; o que se examina é o **comportamento subsequente**, e conforme o contexto social. Na prática, permite validar a experiência sem endossar a conduta — que é o movimento que sustenta a aliança com quem chega envergonhado do que sente ou do que fez.

2. Descreva os quatro elos do ciclo de geração emocional com uma situação de um paciente seu.

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta percorre **situação** → **atenção** → **avaliação** → **resposta** e dedica atenção real ao primeiro elo, que é o mais mal explorado: qual foi o gatilho concreto, onde, com quem. A resposta deve incluir os três componentes — experiencial, fisiológico e comportamental — e não apenas o que a pessoa sentiu.

3. Por que nenhuma estratégia de regulação é boa ou ruim em si? Dê um exemplo de uma que funcionou num contexto e falhou em outro.

COMENTÁRIO

Porque a adequação depende do contexto, da história da pessoa e das condições fisiológicas: a mesma estratégia é funcional numa situação e custosa em outra. O que caracteriza saúde é a **flexibilidade** no uso; o que reforça a patologia é o uso rígido de uma única estratégia. Um exemplo típico é a supressão — pontualmente funcional quando expressar não é opção, problemática quando vira regra, porque impede a elaboração.

4. Qual o risco ético da reavaliação cognitiva usada sem critério?

COMENTÁRIO

Usada sem critério, ela pode **perpetuar abusos ou passividade**: ressignificar uma situação que a pessoa poderia e deveria mudar transforma a técnica em instrumento de conformação. Nem tudo que dói pede ressignificação — algumas coisas pedem mudança de situação, e distinguir os dois casos é decisão clínica anterior à escolha da estratégia.

5. Diferencie hiperativação, hipoativação, evitação experiencial e rigidez regulatória — e a intervenção correspondente a cada uma.

COMENTÁRIO

Hiperativação: resposta desproporcional em intensidade ou duração → exposição e regulação. **Hipoativação:** embotamento, dificuldade de acessar a experiência → treino de consciência e expressão graduada. **Evitação experiencial:** a experiência interna é o que se evita → exposição e aceitação. **Rigidez regulatória:** uma estratégia só para todo contexto → ampliação de repertório. Falhas de reavaliação pedem reestruturação; limitação para emoção positiva pede treino deliberado de prazer e recompensa.

6. Como você trabalharia a granularização emocional com um paciente que só nomeia “raiva” e “nada”?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta trabalha o **vocabulário afetivo** — diferenciar “raiva” em frustração, humilhação, sobrecarga, injustiça — e ancora cada nome numa situação concreta e numa sensação corporal, em vez de ensinar a lista. Vale prever que a granularização é treino, não insight: exige repetição e registro.

7. Que paciente seu teria dificuldade de acessar uma memória positiva? Que intervenção você proporia?

CRITÉRIOS

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece que a dificuldade de acessar memórias positivas é **alvo clínico**, e não um detalhe: propõe o treino deliberado da experiência de prazer, o saborear dos momentos bons, e a construção de repertório para retê-los. Vale antecipar que o acesso pode vir tarde na sessão — como no caso relatado — e planejar tempo para isso.