



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Consideração positiva

A habilidade que mais parece atitude e menos parece técnica. O que a consideração positiva faz no corpo de quem é atendido, a diferença entre avaliar e reconhecer, quando afirmar faz mal, e o que um estudo de validação pura mostra e não mostra.

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 **Consideração positiva muda o estado em que a pessoa escuta.** Empatia, genuinidade e aceitação incondicional ativam o sistema de apego e baixam o de ameaça. O que vem depois é ouvido de outro lugar.
- Ψ **Reconhecer não é avaliar.** “Estou orgulhosa de você” julga. “Tu ficou quinze dias sem beber” reconhece um esforço real. O segundo gera mais segurança e engajamento.
- Ψ **Afirmção pede exemplo da própria sessão.** Vazia, ela soa a manipulação. Específica, ela é crível. A especificidade vem da atenção plena, e não de um repertório de frases.
- Ψ **Afirmar o que adoece é o risco.** Reforçar perfeccionismo, evitação ou a crença de que todos são confiáveis é validar a estratégia que mantém o problema.
- Ψ **Validação retém; mudança ainda precisa de estratégia.** No estudo citado, a terapia de validação teve zero abandono. Nos últimos meses, o uso de opioides voltou a subir nesse grupo. Os dois dados importam.

Antes do capítulo: o vício de argumentar

O mediador abriu o encontro com o problema que o capítulo vem responder: profissionais iniciantes entram em processo de **argumentação e convencimento** com quem atendem. Tentam provar que a pessoa está errada, que o pensamento é distorcido, que o comportamento não faz sentido. Isso vai na direção contrária das práticas dialéticas e humanistas, e costuma produzir o que se quer evitar.

O enquadramento foi cuidadoso para não cair no outro extremo: redução de sintoma é relevante. O que o papel profissional pede é ir além do protocolo rígido e aproximar a pessoa de uma vida com significado, e isso passa pela aceitação e pela consideração positiva. A postura não substitui a técnica; ela é a condição para a técnica funcionar.

As três condições, e o que elas fazem no corpo

A apresentadora organizou o capítulo a partir das três condições de Carl Rogers.

- Ψ **Empatia:** compreender os significados internos da pessoa, inclusive as dualidades emocionais que ela mesma não resolveu.
- Ψ **Genuinidade:** coerência entre o que o profissional sente, pensa e expressa.
- Ψ **Consideração positiva incondicional:** cordialidade, aceitação, respeito e apoio, independentes dos valores da pessoa.

As três condições e o que elas fazem



A leitura fisiológica trazida no encontro: as condições de Rogers não são só clima. Elas mudam o estado em que a pessoa escuta o que o terapeuta diz depois.

A leitura que o encontro acrescentou foi fisiológica: essas atitudes **ativam o sistema de apego e reduzem o sistema de ameaça** em quem é atendido. Não é decoração do vínculo; é o que decide de que estado a pessoa vai escutar o que vier depois.

Quando o terapeuta não está disposto

A apresentadora levantou a pergunta que costuma ficar de fora: e quando o profissional está exausto, atende por obrigação ou está em conflito com demandas próprias? A genuinidade não se finge. Os caminhos apontados foram três: fazer o próprio processo terapêutico, para sustentar a genuinidade; encaminhar a pessoa a outro profissional; ou, quando o problema é reação a comportamentos específicos, separar o comportamento da pessoa das próprias crenças de quem atende.

Crescimento em vez de patologia

Um problema recorrente na terapia cognitivo-comportamental, segundo a apresentadora, é o excesso de psicoeducação e o foco na patologia. O exemplo trazido foi o de uma cliente jovem adulta com quadro ansioso e suspeita de neurodivergência, que tinha medo de receber mais um diagnóstico, porque as vivências anteriores tinham sido de medicação em excesso e isolamento na família. Para ela, o rótulo não era informação; era ameaça.

O consenso do grupo foi priorizar o **crescimento pessoal e os aspectos positivos** em vez da fixação estrita na patologia. Isso não elimina avaliação nem diagnóstico; muda o lugar deles na conversa.

Protocolos e liberdade clínica

O mediador e a apresentadora discutiram a aplicação rígida de protocolos aprovados por listas oficiais de tratamentos. Protocolos visam eliminar sintomas, e nisso são bons; o que negligenciam é a percepção das necessidades singulares de quem está na sala. A apresentadora acrescentou que atenção plena e presença são o que permite ao profissional perceber o caminho adequado no caso concreto.

O excesso de explicação

O mediador relatou simulações de atendimento feitas em viagem com uma colega: movidos pela própria angústia, os profissionais abandonavam a validação empática para oferecer explicações fora de contexto. A apresentadora completou: adotar uma posição de **não saber** e manter a atenção plena preserva a curiosidade clínica. Explicar demais costuma ser sinal de que o terapeuta precisou se acalmar.

Avaliar não é reconhecer

A distinção mais prática do encontro. **Avaliar** é emitir julgamento, mesmo positivo: “estou orgulhosa de você”. **Reconhecer** é apontar esforço real e conquista específica: quinze dias sem álcool, as tarefas do dia concluídas apesar do estado depressivo. A apresentadora concluiu que priorizar o reconhecimento gera mais segurança e mais engajamento, porque a pessoa não fica dependente da aprovação de quem atende.

O contraponto: orgulho como reparação

Uma participante ponderou que frases como “tenho muito orgulho de você” podem ser profundamente curativas para quem cresceu em privação emocional, desde que desvinculadas de aprovação condicional por desempenho. Mediador e apresentadora concordaram: a intervenção depende da **função que exerce no vínculo**. A mesma frase repara numa relação e cria dependência em outra. Não há regra que dispense ler o caso.

Afirmar sem reforçar o que adoece

A apresentadora alertou para o risco de reforçar, sem perceber, crenças disfuncionais e estratégias compensatórias, como o **perfeccionismo**. Elogiar a entrega impecável de alguém que adoece para entregar impecável é validar a estratégia que mantém o problema. O mediador fez uma autocrítica pública sobre erros do passado nessa direção, reforçando o perfeccionismo de clientes sem ponderar o custo emocional das exigências que ele mesmo compartilhava.

Aceitação e mudança

O mediador trouxe o outro lado do equilíbrio: em situações críticas, como ideação suicida ou desregulação emocional grave, ficar estritamente na aceitação pode ser ineficaz ou arriscado. Aceitação e intervenção ativa de mudança precisam andar juntas. A apresentadora concordou e refletiu sobre equívocos recentes decorrentes de aplicar leituras teóricas de forma rígida.

Leitura em processos

A pergunta que resolve o dilema é funcional: o que esta afirmação vai fortalecer? Se fortalece o comportamento a serviço de valores, afirma. Se fortalece a estratégia que a pessoa usa para não sentir, para não errar ou para não se expor, a afirmação vira parte do problema.

Apoio cordial, responsividade e os limites da intimidade

A apresentadora fechou a parte do capítulo com três práticas.

- Ψ **Apoio cordial:** expressões de calor humano que reafirmam o vínculo.
- Ψ **Responsividade única:** conectar a fala de agora a relatos anteriores, mostrando que a pessoa é lembrada e acompanhada.
- Ψ **Limites da intimidade:** excesso de intimidade ou de divulgação da vida pessoal do profissional viola limites e produz desfechos negativos. A atenção vai para os pontos fortes da pessoa atendida, não para a história de quem atende.

Observações simples e complexas

Afirmar aspectos positivos ajuda sobretudo quem opera com a distorção de desvalorização, e por isso pede **exemplos extraídos da própria sessão**. As observações simples custam pouco: agradecer o aviso de atraso, notar que o plano de ação foi cumprido. As complexas custam mais: encontrar o que é admirável em alguém que só relata erro e negatividade. Nos dois casos, o efeito é a pessoa se sentir mais estimulada, mais otimista e mais disposta a correr riscos e tomar decisões difíceis.

Numa sociedade que cobra

Quem procura atendimento costuma viver cercado de crítica familiar e social, com a sensação de nunca ser bom o suficiente. O espaço clínico supre uma carência de reconhecimento que o ambiente não oferece. E a consideração positiva não é só verbal: **congruência** entre o que o profissional promete e o que faz é parte dela. Prometer disponibilidade e não responder mensagens quebra confiança mais do que qualquer frase mal escolhida.

Quando a afirmação faz mal

O capítulo registra a crítica psicanalítica clássica: satisfazer a necessidade de apreciação pode afastar a pessoa do autoexame necessário ao amadurecimento. A pesquisa indica que os benefícios superam os riscos, mas os riscos existem, e a apresentadora listou quando a afirmação prejudica:

- Ψ quando é **vazia ou superficial**;
- Ψ quando é percebida como **manipulação ou crítica disfarçada**;

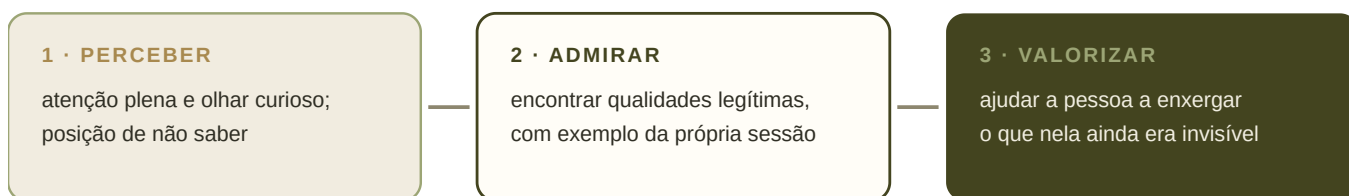
Ψ quando **reforça conteúdos e estratégias não adaptativos**.

Validar o quê

Os exemplos contrastantes foram os mais úteis do encontro. Validação **não adaptativa**: concordar que as pessoas são intrinsecamente confiáveis, ou desencorajar a exposição (“se faz mal, é melhor não se expor”). Validação **adaptativa**: contextualizar o medo na história de vida da pessoa e, ao mesmo tempo, investigar os custos de longo prazo da evitação, como nos quadros de ansiedade. Validar a emoção não é validar a esquiva.

Perceber, admirar, valorizar. E o estudo da validação

Perceber, admirar, valorizar



Sem o primeiro tempo, o terceiro vira elogio vazio. É a atenção plena que torna a afirmação específica, e é a especificidade que a torna crível.

Os três tempos práticos: **perceber**, com atenção plena e olhar curioso (conceito que a apresentadora trouxe da supervisão em DBT); **admirar**, identificando qualidades legítimas; e **valorizar**, ajudando a pessoa a enxergar potencialidades que antes eram invisíveis para ela.

O estudo

Para fechar, a apresentadora relatou um ensaio de Marsha Linehan com mulheres dependentes de opioides e com transtorno da personalidade, divididas entre DBT e uma **terapia de validação abrangente**: cordialidade, genuinidade, aceitação e validação, sem os componentes centrais de mudança da DBT, combinada com um programa de doze passos. Ao longo do tratamento, os dois grupos reduziram psicopatologia e comportamento parassuicida de forma parecida. A diferença que chamou atenção foi a retenção: **nenhum abandono** no grupo de validação, contra 36% na DBT.

O estudo da terapia de validação (Linehan et al., 2002)

ABANDONO DO TRATAMENTO

DBT  36%

Validação | 0%

23 mulheres, 12 meses de tratamento;
ambos os grupos reduziram uso e psicopatologia

O QUE O ENCONTRO NÃO CITOU

Nos últimos quatro meses, o uso de opioides voltou a subir no grupo de validação; na DBT, os ganhos se mantiveram.

validação retém; mudança ainda precisa de estratégia

O dado de retenção é real e impressiona. O mesmo estudo, lido inteiro, também mostra o limite da validação sozinha.

Uma moderação empírica

O estudo existe e o dado de retenção é esse mesmo. Duas coisas precisam ficar junto dele. Primeira: eram **23 mulheres**, doze de um lado e onze do outro; zero abandono é onze de onze. Segunda: nos **últimos quatro meses** do tratamento, o uso de opioides voltou a subir no grupo de validação, enquanto o grupo de DBT manteve os ganhos. A conclusão das autoras foi que a validação sustenta a pessoa no tratamento, e que a mudança de comportamento ainda precisa das estratégias de mudança. É uma leitura mais interessante do que “validação basta”, e é a que combina com o resto do encontro.

A conversa final foi sobre isso: a fidelização que essas práticas produzem melhora o prognóstico porque mantém a pessoa no tratamento tempo suficiente para o resto acontecer. O mediador encerrou ressaltando a densidade do capítulo e pedindo que o grupo reveja o conteúdo para extrair um **denominador comum de postura clínica**.

Referências

1. Farber, B. A., Suzuki, J. Y., & Lynch, D. A. (2018). Positive regard and psychotherapy outcome: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 55(4), 411–423.
2. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6–41.
3. Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
4. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67(1), 13–26.
5. Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2021). *Effective psychotherapists: Clinical skills that improve client outcomes*. Guilford Press.
6. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3ª ed.). Guilford Press.
7. Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (Orgs.). (2019). *Psychotherapy relationships that work* (3ª ed., Vol. 1). Oxford University Press.
8. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.

NOTA DE MÉTODO

Este material reúne a ficha de leitura do capítulo e a discussão do encontro; o conteúdo do livro aparece **parafraseado**, sem transcrição. Os exemplos clínicos citados estão desidentificados (a cliente mencionada pela apresentadora aparece como jovem adulta com quadro ansioso e suspeita de neurodivergência, sem idade nem diagnósticos específicos), as falas de participantes aparecem sem nome, e a autocrítica do mediador foi mantida porque foi feita em público e tem valor didático.

Fonte. Este resumo foi escrito a partir das anotações automáticas da reunião e do chat, e não de transcrição integral, que não estava disponível. Onde havia dúvida sobre a formulação exata, o texto preferiu a versão mais cautelosa.

Artefatos corrigidos. As anotações registram a autora do estudo final como *Marília*; trata-se de Marsha Linehan. A referência a protocolos “aprovados pelo FDA” foi convertida em “listas oficiais de tratamentos”, porque a agência não aprova psicoterapias; o sentido da crítica foi mantido.

Uma moderação empírica, sinalizada no texto. O estudo de Linehan et al. (2002) teve 23 participantes, e nos últimos quatro meses o grupo de validação voltou a aumentar o uso de opioides enquanto a DBT manteve os ganhos. O dado de retenção citado no encontro é correto; o texto acrescenta o restante do resultado porque ele muda a conclusão que se pode tirar.

Acréscimos. A leitura em processos da pergunta “o que esta afirmação vai fortalecer” foi desenvolvida no texto a partir da discussão. As referências de Rogers, da metanálise de consideração positiva, da terapia focada na compaixão (base da leitura sobre sistemas de apego e ameaça) e do estudo de validação foram acrescentadas para dar respaldo formal ao que foi dito 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.

Percebi quando entrei em argumentação com o paciente, e saí dela.

Reconheci esforço específico da sessão em vez de emitir avaliação genérica.

Extraí a afirmação de um exemplo real da sessão, e não de um repertório de frases.

Antes de afirmar, perguntei o que a afirmação vai fortalecer: valor ou estratégia de esquiva.

Validei a emoção sem validar a evitação.

Conectei a fala de hoje a algo que o paciente contou antes.

Notei quando expliquei demais para acalmar a mim mesmo.

Cumpri o que prometi em disponibilidade e resposta.

Avaliei minha disposição genuína para este caso, e o que fazer se ela não estiver lá.

Em risco ou desregulação grave, combinei aceitação com estratégia ativa de mudança.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. Quais são as três condições de Rogers e o que o encontro acrescentou sobre o efeito delas no corpo de quem é atendido?

2. Explique a diferença entre avaliar e reconhecer, com um exemplo de cada.

3. Em que situações a afirmação prejudica, segundo o capítulo? Dê um exemplo de validação não adaptativa e um de adaptativa.

4. O que o estudo de Linehan sobre terapia de validação mostra, e o que ele não autoriza concluir?

5. Pense num paciente que tu elogiou recentemente. O elogio fortaleceu um valor ou uma estratégia compensatória? Como tu sabe?

6. A frase “tenho orgulho de você” repara ou cria dependência? Descreva um caso teu em que faria cada coisa, e o critério que tu usaria para decidir.

7. Como tu percebe, em sessão, que está explicando demais? O que faz no lugar?

Gabarito

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

1. Quais são as três condições de Rogers e o que o encontro acrescentou sobre o efeito delas no corpo de quem é atendido?

COMENTÁRIO

Empatia (compreender os significados internos da pessoa, inclusive as dualidades emocionais), **genuinidade** (coerência entre o que o profissional sente, pensa e expressa) e **consideração positiva incondicional** (cordialidade, aceitação, respeito e apoio, independentes dos valores da pessoa). O encontro acrescentou a leitura fisiológica: essas atitudes ativam o sistema de apego e reduzem o sistema de ameaça, o que muda o estado em que a pessoa escuta o que vem depois.

2. Explique a diferença entre avaliar e reconhecer, com um exemplo de cada.

COMENTÁRIO

Avaliar é emitir um julgamento sobre a pessoa, mesmo positivo: “estou orgulhosa de você”. **Reconhecer** é apontar esforço real e específico: “tu ficou quinze dias sem beber”, “tu fez as tarefas do dia mesmo naquele estado”. O reconhecimento gera mais segurança e engajamento porque não depende da aprovação de quem atende, e porque é verificável pela própria pessoa.

3. Em que situações a afirmação prejudica, segundo o capítulo? Dê um exemplo de validação não adaptativa e um de adaptativa.

COMENTÁRIO

Quando é vazia ou superficial, quando é percebida como manipulação ou crítica disfarçada, e quando reforça conteúdos ou estratégias não adaptativos. **Não adaptativa**: concordar que as pessoas são intrinsecamente confiáveis, ou dizer que é melhor não se expor se a exposição faz mal. **Adaptativa**: contextualizar o medo na história da pessoa e, junto, investigar o custo de longo prazo da evitação. Validar a emoção sem validar a esquiva.

4. O que o estudo de Linehan sobre terapia de validação mostra, e o que ele não autoriza concluir?

COMENTÁRIO

Mostra que uma terapia feita de cordialidade, genuinidade, aceitação e validação, sem os componentes de mudança da DBT, **manteve todas as participantes no tratamento** (zero abandono, contra 36% na DBT) e reduziu psicopatologia e parassuicídio de forma parecida ao longo do ano. Não autoriza concluir que validação basta: eram 23 mulheres, e nos últimos quatro meses o uso de opioides voltou a subir no grupo de validação, enquanto a DBT manteve os ganhos. Validação retém; mudança precisa de estratégia.

5. Pense num paciente que tu elogiou recentemente. O elogio fortaleceu um valor ou uma estratégia compensatória? Como tu sabe?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta identifica com precisão o comportamento elogiado e pergunta o que ele estava a serviço: de um valor da pessoa (aproximação, cuidado, coragem) ou de uma estratégia para não sentir, não errar, não se expor (perfeccionismo, agradar, evitar). O critério é a função, e a evidência é o que aconteceu depois: se o elogio aumentou rigidez e cobrança, fortaleceu a estratégia. O erro comum é julgar pela forma do comportamento, e não pela função.

6. A frase “tenho orgulho de você” repara ou cria dependência? Descreva um caso teu em que faria cada coisa, e o critério que tu usaria para decidir.**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta descreve um caso de privação emocional em que a frase repara, porque vem desvinculada de desempenho, e um caso em que a pessoa já organiza a vida em volta da aprovação dos outros, em que a mesma frase alimenta a dependência. O critério é a função no vínculo: o que a frase fortalece nesta relação, com esta história. O erro comum é decidir pela regra (nunca dizer, ou sempre dizer) sem olhar o caso.

7. Como tu percebe, em sessão, que está explicando demais? O que faz no lugar?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta reconhece o sinal interno (a angústia diante do silêncio ou da dor do outro, a pressa de resolver) e o sinal externo (a pessoa se cala, concorda depressa, perde o fio). No lugar, a posição de não saber: uma pergunta curiosa, um reflexo empático, ou simplesmente esperar. O erro comum é tratar a explicação como a intervenção, quando ela costuma ser regulação do próprio terapeuta.