



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira**



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE -
MESTRADO PROFISSIONAL**

AMANDA SANTOS DE SOUZA

**INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL DE CURTA
DURAÇÃO ON-LINE PARA UM GRUPO DE MULHERES INSATISFEITAS
COM A IMAGEM CORPORAL: PESQUISA-AÇÃO**

Vitória da Conquista-Bahia

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

**Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira**



AMANDA SANTOS DE SOUZA

Intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal: pesquisa-ação

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Linha de Concentração: Práticas clínicas e Saúde Mental

Orientador: Paulo Coelho Castelo Branco

Co-orientadora: Liana Rosa Elias

**Vitória da Conquista-Bahia
2023**

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

S729

Souza, Amanda Santos de

Intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal: pesquisa-ação / Amanda Santos de Souza. -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2023. 161 f. ; il. ; 30 cm.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Coelho Castelo Branco.

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a. Liana Rosa Elias.

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2023.

1. Análise do Comportamento Aplicada. 2. Imagem Corporal. 3. Psicoterapia. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Castelo Branco, Paulo Coelho. III. Liana Rosa Elias. IV. Título.

CDU: 159.9.019.4-055.2(043.3)

AMANDA SANTOS DE SOUZA

**INTERVENÇÃO ANALÍTICO-COMPORTAMENTAL DE
CURTA DURAÇÃO ON-LINE PARA UM GRUPO DE
MULHERES INSATISFEITAS COM A IMAGEM CORPORAL:
PESQUISA-AÇÃO**

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista – BA, 20/04/2023.



Prof. Dr. Paulo Coelho Castelo Branco (Orientador)
(Universidade Federal do Ceará)



Prof.^a Dr.^a Liana Rosa Elias (Coorientadora)
(Universidade Federal do Ceará)



Prof.^a Dr.^a Andrea Batista de Andrade Castelo Branco (Examinadora)
(Universidade Federal da Bahia/IMS)



Prof. Dr. Sérgio Dias Cirino (Examinador)
(Universidade Federal de Minas Gerais)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	23
2.1	Imagem corporal: um conceito cognitivista	23
2.2	Imagem corporal sob a perspectiva comportamental	24
2.3	Imagem corporal e identidade	27
2.4	Comportamento Alimentar e Imagem Corporal: variáveis atuantes na relação entre corpo e comida	29
2.5	Imagem corporal e questões de gênero: o impacto dos padrões estéticos impostos às mulheres	31
2.6	Intervenção psicológica <i>on-line</i> , breve, em grupo e orientada pela análise do comportamento	34
3	OBJETIVOS	39
3.1	Objetivo geral:	39
3.2	Objetivos específicos:	40
4	ELEMENTOS METODOLÓGICOS.....	40
4.1	Método	40
4.2	Cenário da pesquisa.....	41
4.3	Participantes da pesquisa	43
4.4	Coleta de dados	43
4.5	Análise de dados.....	44
4.6	Considerações éticas.....	45
4.7	Procedimentos	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1	Caracterização das participantes	47
5.2	Análise qualitativa da insatisfação corporal antes da intervenção.....	51
5.2.1	<i>Experiências na relação com a forma física: “tenho uma relação de dor com o meu corpo” (P1)</i>	<i>51</i>
5.2.2	<i>Estabelecimento da relação corpo-self.....</i>	<i>53</i>
5.2.3	<i>Repertório de enfrentamento do corpo vivenciado como aversivo e as tentativas de modificação corporal: “queria entrar numa cabine e sair magrinha” (P3).....</i>	<i>55</i>
5.3	Intenções da pesquisadora e benefícios previstos da intervenção	60
6	CICLOS DA PESQUISA-AÇÃO.....	61
6.1	Planejamento	62
6.1.1	<i>Estratégias de recrutamento e sensibilização das participantes.....</i>	<i>62</i>

6.1.2	<i>Divisão de tarefas entre as pesquisadoras</i>	63
6.1.3	<i>Inscrições</i>	63
6.1.4	<i>Triagem</i>	63
6.1.5	<i>Amostra final</i>	64
6.1.6	<i>Formato da intervenção</i>	65
6.2	<i>Ação</i>	67
6.2.1	<i>Estrutura do grupo psicoterapêutico</i>	67
6.3	<i>Descrição, monitoramento e efeitos da ação</i>	82
6.3.1	<i>Primeira sessão psicoterápica em grupo</i>	83
6.3.2	<i>Segunda sessão psicoterápica em grupo</i>	88
6.3.3	<i>Terceira sessão psicoterápica em grupo</i>	94
6.3.4	<i>Quarta sessão psicoterápica em grupo</i>	100
6.3.5	<i>Quinta sessão psicoterápica em grupo</i>	107
6.4	<i>Avaliação da intervenção</i>	110
6.4.1	<i>Análise qualitativa do BSQ</i>	110
6.4.2	<i>Experiência das sessões psicoterapêuticas em grupo</i>	112
6.4.3	<i>Alterações na relação com o corpo e aparência</i>	114
6.4.4	<i>Efeitos e variação comportamental após a intervenção</i>	118
6.4.5	<i>Modalidade virtual da intervenção</i>	119
6.4.6	<i>Modalidade grupal da intervenção</i>	121
6.4.7	<i>Modalidade breve da intervenção</i>	123
6.4.8	<i>Avaliação da terapeuta e do processo terapêutico</i>	124
6.4.9	<i>Pontos críticos e questões a serem melhoradas</i>	126
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS	133

DEDICATÓRIA

Ao contrário do que já fui muitas vezes levada a acreditar, Psicologia é trabalho. Produzir conhecimento é trabalho. Este trabalho é uma pequena contribuição à ciência e à prática psicológica, e eu o dedico às mulheres que me ajudaram a escrevê-lo: as mulheres que me emprestaram suas vozes para que eu pudesse dizer; as que vieram antes de mim, e em cujos dizeres ecoados no tempo encontrei apoio; as mulheres que eu amo, que me ensinam, inspiram, fortalecem, e são minha referência de amor. Escrever é uma artesanaria íntima e solitária que nos revela e expõe. Por isso sou grata a todas as mãos que empurraram a minha, palavra por palavra.

Por fim, o dedico à menina que fui. Ela, começo de mim, que mesmo perdida e confusa soube me trazer até aqui, ao meu encontro. Amanda-menina, se eu pudesse voltar no tempo para te dizer alguma coisa, diria que ser você mesma bastará.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem a colaboração generosa de Liana, com quem pude contar para executar a parte teórica e prática. Do mesmo modo, tenho de reconhecer a relação harmoniosa com Paulo, meu orientador, como um fator que contribuiu para que eu o construísse com tranquilidade e no meu próprio ritmo.

Devo todo meu agradecimento a Diego. Não apenas por ter sido minha principal fonte de apoio emocional, mas pelo incentivo, por celebrar comigo cada parte escrita, os pequenos e grandes desafios superados, e pela generosidade sem limites no cuidado comigo. Igualmente, às minhas amigas amadas, Dri, Claudinha, Carol, Nicolle e Stéphany, que foram mão estendida, ouvido atento e afeto genuíno ao longo dessa experiência conflitante que é fazer um mestrado. Em especial, agradeço a Juliana, minha amiga e verdadeira parceira ao longo desse período. Ju, você sabe bem o que você foi para mim nesse processo. Aos outros, é suficiente dizer que seria impraticável sem a sua presença. Também sou grata à minha família por apoiar minhas decisões.

Por fim, acrescento que o financiamento da FAPESB foi fundamental, me permitindo condições materiais mínimas para realizar esta dissertação. Gostaria que todos os pós-graduandos e pesquisadores pudessem ter as mesmas condições, tão básicas, tão justas, e infelizmente ainda tão mínimas.



“Mas, então, que relação haveria entre Tereza e o seu corpo? O seu corpo teria algum direito de se chamar Tereza? E se não tivesse, o que designaria então esse nome? Nada a não ser uma coisa incorpórea, intangível? (Desde a infância que as mesmas perguntas bailam na cabeça de Tereza. Porque as perguntas verdadeiramente importantes são as que uma criança pode formular - e apenas essas. Só as perguntas mais ingênuas são realmente perguntas importantes. São as interrogações para as quais não há resposta. Uma pergunta para a qual não há resposta é um obstáculo para lá do qual não se pode passar. Ou, por outras palavras: são precisamente as perguntas para as quais não há resposta que marcam os limites das possibilidades humanas e traçam as fronteiras da nossa existência). Tereza encontra-se imóvel, como que enfeitiçada, em frente do espelho, e olha para o seu corpo como se este lhe fosse estranho; estranho, embora no cadastro dos corpos este seja o seu”.

(A insustentável leveza do ser)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Procedimentos de pesquisa.....	47
Figura 2: Relações verbais.....	54
Figura 3: Ciclos da pesquisa-ação.....	62
Figura 4: Estrutura e composição da intervenção.....	67

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1: Triagem das participantes e definição da amostra final da intervenção.....	66
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica das participantes.....	48
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Estrutura do primeiro encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.....	68
Quadro 2: Estrutura do segundo encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.....	70
Quadro 3: Estrutura do terceiro encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.....	74
Quadro 4: Estrutura do quarto encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.....	78
Quadro 5: Estrutura do quinto encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.....	80

LISTA DE ABREVIATURAS

APA – *American Psychiatric Association*

BSQ – *Body Shape Questionnaire*

CFP - Conselho Federal de Psicologia

CNS- Conselho Nacional de Saúde

COVID-19 - *Coronavirus Disease*

DBT - Terapia Comportamental Dialética

ISAPS - *International Society of Aesthetic Plastic Surgery*

RFT - *Relational Frame Theory*

SPA - Serviço de Psicologia Aplicada

TCC- Terapia Cognitivo Comportamental

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TASDPG - Termo de Autorização de Som e Depoimento Para Gravação

RESUMO

Imagem corporal é uma construção verbal que envolve o histórico de aprendizado do indivíduo em relação ao seu corpo, compondo processos identitários. Os padrões sociais sobre atratividade e as demandas sociais para que as mulheres alcancem a beleza estão relacionados à insatisfação corporal e prejudicam a relação da mulher com sua própria imagem corporal. Diante disso, este trabalho se propôs a criar e implementar uma intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal. Para tanto, buscou descrever topograficamente e funcionalmente as queixas de imagem corporal em um grupo de mulheres; apresentar uma intervenção analítico-comportamental *on-line*, breve e em grupo para o manejo de queixas relacionadas à imagem corporal; e identificar os efeitos dessa intervenção. Foi utilizada a abordagem metodológica qualitativa do tipo pesquisa-ação. A intervenção foi realizada entre agosto e setembro de 2022 e contou com cinco sessões psicoterápicas na modalidade virtual, além de duas entrevistas (de triagem e avaliação dos efeitos terapêuticos). Os dados obtidos foram analisados por meio da análise de conteúdo, na perspectiva teórica da Análise do Comportamento. Os resultados foram apresentados de modo a descrever o processo da pesquisa: em um primeiro momento, os resultados obtidos a partir da entrevista de triagem, explorando a caracterização das participantes; a análise qualitativa da insatisfação corporal antes da intervenção; as experiências na relação com a forma física; o estabelecimento da relação corpo-self; o repertório de enfrentamento do corpo vivenciado como aversivo e as tentativas de modificação corporal. Depois, abordo as etapas do ciclo de pesquisa ação: a) planejamento (ações pré-interventivas); b) ação (estrutura do grupo terapêutico e execução deste); c) descrição e monitoramento (descrição de cada sessão psicoterápica em grupo); e d) avaliação da intervenção. A partir dos dados coletados, os resultados mostraram que os efeitos da intervenção foram satisfatórios e promissores. Esta minimizou a intensidade da insatisfação corporal e promoveu mudanças na relação com o corpo. A modalidade adotada se revelou factível, e contribuiu positivamente para atuação clínica nestes casos. As habilidades terapêuticas da psicóloga e o vínculo terapêutico foram dois fatores decisivos nesse processo. Sendo assim, a abordagem comportamental, na modalidade *on-line*, breve e em grupo para tratar de queixas e demandas relacionadas à insatisfação corporal entre mulheres é uma alternativa clínica promissora, com efeitos terapêuticos positivos.

Palavras-chave: Imagem corporal; Psicoterapia *on-line*; Psicoterapia grupal; Análise do comportamento.

ABSTRACT

Body image is a verbal construction that involves the individual's learning history regarding his body, composing his identity process. The social standards about attractiveness and the social demands for women to reach beauty is related to body dissatisfaction and undermines women's relationship with their own body image. Therefore, this work proposed to create and implement a short-term on-line behavioral-analytical intervention for a group of women dissatisfied with their body image. As a consequence, it sought to describe topographically and functionally the body image complaints in a group of women; present an on-line, brief, group-based behavioral-analytical intervention for the management of complaints related to body image; and identify the effects of this intervention. A qualitative methodological design of the action-research type was used. The intervention was carried out between August and September 2022 and had five psychotherapeutic on-line sessions, plus two individual interviews (screening and evaluation of therapeutic effects). The data were analyzed through content analysis, under the Behavior Analysis theoretical framework. The results were presented in order to describe the research process: at first, the results obtained from the screening interview, exploring the characterization of the participants; the qualitative analysis of body dissatisfaction before the intervention; the learning experiences regarding they physical form; the establishment of the body-self relationship; the coping repertory from the aversive experience with the body and the attempts to body modification. Then, the stages of the action-research cycle: a) planning (pre-intervention actions); b) action (therapeutic group structure and its execution); c) description and monitoring (description of each group psychotherapeutic session); and d) evaluation of the intervention. From data collected, the results shown that the intervention was successful and promising. This minimized the body dissatisfaction and promoted changes in the relationship with the body. The modality adopted proved to be feasible, and contributed positively to the clinical performance in these cases. The psychologist's therapeutic skills and the therapeutic bond were two decisive factors in this process. Thus, the brief group on-line behavioral intervention to deal with complaints and demands related to body dissatisfaction among women is a promising clinical alternative, with positive therapeutic effects.

Keywords: Body image; On-line psychotherapy; Group psychotherapy; Behavior analysis.

1 INTRODUÇÃO

As comunidades humanas utilizam padrões estéticos para se diferenciar e estabelecer graus de *status* entre seus membros desde os tempos mais remotos. É comum a utilização de regras de beleza, que se modificam de acordo com as características de determinado período histórico (Ribeiro, Silva, Costa & Heller, 2006). Os parâmetros de beleza são atravessados por contingências sociais, econômicas, políticas, históricas e culturais, e sua internalização modelada por fatores externos ao sujeito a partir da socialização. Assim, os valores pessoais e comportamentos empregados pelos indivíduos com relação à sua própria aparência são orientados pelo que é apontado como aceitável pela comunidade cultural a qual pertencem (Silva, Japur, & Penaforte, 2020).

Estes parâmetros não são estáticos, transformando-se de forma constante ao longo da história, e se caracterizam como contra hegemônicos na medida em que são excludentes para a maioria das pessoas (Wolf, 2020; Barbosa, Matos & Costa, 2011). A norma estética não produz apenas médias estatísticas, mas envolve o que é considerado desejável pela sociedade em determinado período histórico. Uma vez que o que é adequado deve ser incorporado por todos, quando o indivíduo não alcança ou se contrapõe ao corpo idealizado, isso é entendido como negligência. Ocorre, então, uma forte exclusão social frente aos corpos “desviantes”. Além de discriminados, rejeitados e culpabilizados, estes corpos são, com frequência, patologizados (Paim & Kovaleski, 2020).

Na medida em que hipervaloriza a magreza, o ideal de beleza é gordofóbico¹. Isto resulta na associação beleza-magreza-saúde e feiura-gordura-doença. Fomenta-se, assim, uma pressão estética patologizante e orientada pela aversão ao corpo gordo. E que utiliza o peso como um dos principais crivos que determinam o que é ou não considerado bonito. A valorização do corpo magro independe da compatibilidade com o peso normal do indivíduo, pois o ideal é ser o mais magro possível. Além disso, é válido ressaltar que o ideal de magreza disseminado se pauta em parâmetros extremos, muitas vezes distante da magreza comum. Por exemplo, pessoas magras que têm barriga ou braços proeminentes, rosto arredondado, pernas volumosas, etc. Assim, com frequência mulheres magras são

¹ *Gordofobia* é uma forma de discriminação estruturada e disseminada em variados contextos socioculturais. Consiste na desvalorização e hostilização de pessoas gordas e seus corpos, o que culmina na exclusão social refletida nas políticas públicas, serviços de saúde, práticas culturais, acessibilidade, relações interpessoais, dentre outros. As pessoas gordas são estigmatizadas a partir de julgamentos que as associam a descontrole, fracasso, descuido, inaptidão física, incapaz, etc. (Paim & Kovaleski, 2020).

classificadas socialmente como não-magras ou gordas, pois o parâmetro é excludente até mesmo para estas (Santos, 2021; Paim & Kovaleski, 2020).

De acordo com Vale (2002), a preocupação feminina com métodos para redução de peso surgiu enquanto fenômeno de massa no início do século XX, intensificando-se de forma significativa na década de 1960. A necessidade de ser muito magra para se moldar ao padrão de beleza estabelecido perpassa todas as camadas sociais, estando incutida no imaginário social como um importante critério para ser considerada bonita dentro dos grupos sociais ocidentais. A preocupação com o peso e forma corporal não se restringe a uma questão estética e de saúde, tendo forte imposição mercadológica uma vez que a indústria da magreza gera lucro para diversos grupos econômicos (empresas de produtos alimentares, indústria têxtil, estética, medicina, mídia, etc.).

Na incumbência de possibilitar a manutenção e fortalecimento de um mercado consumidor ativo e em constante necessidade de novos produtos, esses grupos econômicos se apoiam na disseminação sociocultural dos parâmetros de beleza vigentes (Vale, 2002). Isso promove problemas com a imagem corporal, prejuízos no comportamento alimentar e na relação com a comida, incluindo o desenvolvimento de transtornos alimentares.

Como será posteriormente aprofundado, aponta-se que a imagem corporal é construída pelas contingências sociais de reforçamento, não dependendo exclusivamente da forma física do corpo. A comunidade sociocultural é responsável pela forma como se aprende a tatear o corpo e pelo estabelecimento de reforço para o comportamento de relacionar forma física e a adjetivação da mesma (Baum, 2005). Quando o comportamento verbal de qualificar o corpo está sob controle discriminativo das imagens apresentadas nos veículos de comunicação, ao invés de utilizar o próprio corpo como referência, há cenário favorável para insatisfação corporal e transtornos alimentares (Vale & Elias, 2011).

Ainda na infância, os pais e as pessoas com quem a criança interage disponibilizam reforço para descrições verbais associadas a diferentes formas corporais. Uma vez que aprende a qualificar a forma física do outro, a criança também aprende a se qualificar fisicamente, passando a discriminar quais características estéticas a comunidade valoriza e quais rejeita (Ribeiro et al., 2006). Além disso, aprende a avaliar em que medida sua aparência é compatível com o modelo transmitido, valorizando e desvalorizando em seu corpo (e nos corpos alheios) características correspondentes (Fonseca & Nery, 2018). Portanto, o modo como o indivíduo percebe, descreve e qualifica

seu próprio corpo dependerá do reforçamento diferencial estabelecido socialmente ao longo da história de vida.

Em razão da imposição de um padrão estético corporal inatingível, a discrepância entre a forma corporal real e àquela desejada pode ser significativa e propiciar o seguimento de regras e modelos que resultam em sofrimento (Fonseca & Nery, 2018). A exposição aos discursos que disseminam ideais estéticos é constante e contribui significativamente na construção da relação com o corpo. Quando o sujeito visualiza uma propaganda em que há um corpo magro associado ao sucesso, benefícios, atenção e afeto, esses estímulos podem passar a manter relação entre si (magreza – sucesso – afeto). Regras verbais podem ser construídas por responder relacional – “magreza leva a sucesso/atenção/afeto” (moldura de relação condicional) – e podem passar a estabelecer controle verbal sobre o comportamento alimentar e imagem corporal (Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

Ao perceber sua forma corporal como diferente do padrão estético vigente (moldura de oposição), as propriedades eliciadoras e/ou reforçadoras dos estímulos da classe podem emergir via transformação de função (Hayes et al., 2001). É possível, então, que o sujeito veja o corpo fora do padrão com valores opostos (moldura de oposição) ao do corpo padrão. Logo, se o corpo magro leva a reforçadores positivos e valorosamente bons, por oposição, o corpo gordo passa a sinalizar estímulos aversivos e valores avaliados negativamente.

Ainda analisando as contingências sociais na construção da imagem corporal, na cultura ocidental, as indústrias da beleza têm o poder de estabelecer critérios para o reforçamento da correspondência entre o comportamento verbal de tato² e a forma do corpo. Contudo, nesse processo não há preocupação em reforçar correspondências saudáveis entre a forma corporal e a maneira de percebê-la, o que seria contraproducente para os interesses de mercado. Para que as indústrias da beleza possam “resolver” os problemas, é necessário que as pessoas se mantenham insatisfeitas com a própria aparência (Vale & Elias, 2011).

Assim, a determinação publicitária de que as características que desviam do padrão estético são aversivas se torna uma necessidade fundamental. Consequentemente, aumenta-se o poder de reforço dos produtos e serviços que a removem. No entanto, essas

² *Tato* é um comportamento verbal que está sob controle discriminativo de seus antecedentes. Refere-se à denominação de estímulos discriminativos (Ardila, 2007).

“resoluções” não podem ser duradouras e definitivas para que o comportamento de busca e compra se mantenha ativo, possibilitando a continuidade do lucro (Vale & Elias, 2011).

Em contrapartida, é importante salientar que os desdobramentos impostos pelo padrão de beleza, refletidos na insatisfação com a imagem corporal, não se manifestam de forma igualitária para todas as mulheres. Sua própria definição é marcada pela exclusão de características fenotípicas diversas. Ao postular como ideal corporal a magreza, juventude e traços comuns em pessoas brancas, como nariz afinado, há cenário favorável para que as mulheres que não compartilham dessas características sejam excluídas e estigmatizadas. Assim, a inserção social de mulheres não-brancas, negras, gordas mais velhas é dificultada e de modo mais agressivo (Bittencourt, 2013).

De acordo com Bittencourt (2013), estudantes pardas em geral afirmam estarem satisfeitas com sua aparência, embora expressem conflito em relação aos traços que as identificam com a parcela populacional considerada socialmente como menos valorizada. Uma pesquisa mostrou que estudantes que se identificaram como amarelas ou indígenas têm 3,6 vezes mais chances de apresentarem comportamentos alimentares desordenados e 4,8 vezes mais possibilidade de estarem insatisfeitas com sua imagem corporal. A autora destacou ainda que mulheres pardas possuem 2,5 vezes mais risco de apresentarem essa insatisfação (Bittencourt, Nunes, Oliveira & Caron, 2013).

Este cenário é agravado pela pulverização das redes sociais. Em nenhum outro momento histórico a imagem corporal esteve tão em evidência como na contemporaneidade. Muitos estudos têm associado a relação entre a exposição regular a imagens corporais idealizadas e as repercussões negativas acerca da imagem e satisfação corporal (Lira, Ganen, Lodi & Alvarenga, 2017; Mingoia, Hutchinson, Wilson & Gleaves, 2017; Cohen, Newton-John & Slater, 2017; Tiggemann & Slater, 2017). Investigações sobre o tempo de uso de redes sociais demonstraram que quanto maior o tempo de uso do Instagram® e do Facebook®, maiores os níveis de preocupação com a imagem corporal (Lira et al., 2017; Tiggemann & Slater, 2017), incluindo maiores níveis de comparação sobre o corpo, atenção à aparência física de outras pessoas e sentimentos negativos sobre si (Eckler, Kalyango & Paasch, 2017). Alguns efeitos derivados incluem prejuízos no comportamento alimentar, comportamentos de risco para transtornos alimentares e comparação social (Scagliusi, Pereira, Stelmo, Unsain, Martins & Sato, 2012; Fortes, Meireles, Neves, Almeida & Ferreira, 2015; Carvalho, Freitas, Gomes & Ferreira, 2016).

Além de constituir a base da comunicação digital, no imaginário social, o corpo revela atributos pessoais (beleza, saúde, prosperidade, sucesso, etc.) e codifica o progresso científico e tecnológico da medicina, os quais possibilitam seu aperfeiçoamento constante (Novaes, 2013). Diferentemente de outros meios de comunicação, os usuários das redes sociais atuam ativamente tanto como fontes e receptores de informação quanto como propagadores de conteúdo. Há autonomia com relação ao modo de uso, o que ultrapassa a passividade envolvida na mera recepção de informações (Jacob, 2014).

A facilidade de conexão digital e o alto engajamento participativo ensejado pelas redes sociais acentua o que já se observava com relação a outros meios de comunicação (como revistas e televisão) em termos da propagação de valores socioculturais, e neste caso específico, os ideais estéticos vigentes (Jacob, 2014). Orientada para a promoção do consumo, a mídia dissemina de forma rápida e massiva mandos e regras que envolvem fórmulas de emagrecimento, associação entre magreza e beleza a reforçadores generalizados como *status* social, competência, atratividade sexual e sucesso (Vale & Elias, 2011).

De modo ostensivo, são fornecidos estímulos discriminativos verbais (regras) que explicitam contingências onde “se comprar o produto X (R) então você terá o corpo magro (S+), a felicidade (S+) e também será bem-sucedida (S+)”. Estímulos como esse sinalizam consequências reforçadoras para comportamentos de modificação corporal (como, por exemplo, prática de dietas, exercícios físicos, compra de produtos cosméticos, etc.) que vão muito além da utilidade e função específica (Vale & Elias, 2011).

Desconsiderando contingências socioculturais e político-econômicas, observa-se a disseminação de soluções simplistas para fenômenos complexos. Nesse caso, a existência de diversidade corporal, incluindo corpos gordos. As medidas que prometem ao indivíduo alcançar a beleza-magreza-saúde adotam uma abordagem individualista, orientada para o consumo, com ênfase na perda de peso. A combinação de múltiplos discursos (científico, médico, de saúde, de beleza, publicitário, etc.) promove pressão estética a partir da disseminação de regras e práticas nocivas de modificação corporal.

Nesse processo, o autocuidado é confundido com hipervigilância, e a insatisfação corporal é constantemente estimulada. Posto que o emagrecimento e as estratégias comportamentais individuais são apontados como resoluções, o autocuidado funciona como um controle social informal que torna os indivíduos pessoalmente responsáveis pelo gerenciamento de condições produzidas socialmente (Paim & Kovaleski, 2020). Em síntese, a beleza é apresentada como uma mercadoria acessível a todos e que independe

de contingências filogenéticas e ontogenéticas, sendo relacionada ao autocontrole, disciplina, força de vontade e a responsabilidade individual (Vale & Elias, 2011; Fonseca & Nery, 2018).

Apresentados tanto como ideais quanto como meios para obter reforçamento (social, afetivo, financeiro, etc.), os modelos disponibilizados são artificiais, engessados, estereotipados e inatingíveis para a maioria das pessoas. Por mais que uma mulher típica se engaje em comportamentos que a aproximem de ter um corpo socialmente aceito, o parâmetro ao qual será comparada será superior: imagens de mulheres cujo fenótipo é muito diferente da maioria da população (mulheres muito magras), em contextos diferentes das situações cotidianas (cenários e vestimentas produzidos por equipes profissionais), e editadas digitalmente (Vale & Elias, 2011).

Ainda que perca peso e modifique o próprio corpo, a avaliação que esta mulher fará sobre si continuará sendo negativa e inferior quando comparada aos referenciais externos massivamente difundidos (Vale & Elias, 2011). Não obstante, o *feedback* social poderá reiterar a autoavaliação negativa, visto que muitas vezes o critério utilizado para conceber a imagem corporal não é a forma do corpo em si, mas a avaliação externa ou a comparação com parâmetros socialmente determinados (Vale & Elias, 2011), já que o autoconhecimento é mediado pelas interações com o ambiente e pela comunidade verbal (Andery, 1997). Dentre outras implicações, isto favorece a insatisfação corporal, distúrbios alimentares e a hipervigilância com relação à própria aparência (Jacob, 2014).

A diversidade de variáveis envolvidas nessa temática exige do analista do comportamento uma postura crítica, ética, interventiva e comprometida com a ciência. Destaca-se a necessidade de compreender o entrelaçamento entre os três níveis de seleção³, sobretudo no que diz respeito ao papel da cultura. O entendimento de que contingências aversivas permeiam a imagem corporal em um contexto sociocultural que trata o corpo como objeto de consumo é fundamental para que sejam feitas intervenções apropriadas (Vale & Elias, 2011).

Diante desse panorama perfilhado sobre a problemática da imagem corporal, é preciso esclarecer o papel do processo psicoterapêutico. Isso é importante para minimizar possíveis discrepâncias entre a expectativa do cliente e a conduta do profissional, bem

³ Seleção por consequências implica que a probabilidade de ocorrência de um evento é afetada por um evento que ocorre posteriormente a ele. O ambiente exerce papel determinante na seleção, que perpassa a filogênese, ontogênese e a cultura. Nesse processo, os comportamentos são selecionados ou não pelas suas consequências: enquanto o reforçamento fortalece a probabilidade de ocorrência da classe de resposta que o produziu, a punição a enfraquece (Marçal, 2010).

como resistências advindas da associação entre a terapia e a impossibilidade de alcançar o corpo idealizado. Neste processo, o vínculo e o esforço direcionado à adesão ao tratamento têm papel relevante, visto que a partir da relação terapêutica será possível sensibilizar o indivíduo para as consequências dos seus comportamentos, o conhecimento das contingências em vigor e a mobilização para mudanças. A figura do terapeuta e o próprio ambiente terapêutico não podem ser marcados pela sinalização de controle aversivo, e o terapeuta deve atentar para a dificuldade discriminativa do cliente de tratar a si e ao seu corpo como uno, ao invés de lhe atribuir causalidade pelas contingências aversivas (Vale & Elias, 2011).

Ao contrário dos modelos psicológicos tradicionais, a Análise do Comportamento se preocupa com identificar relações funcionais envolvidas no estabelecimento e manutenção do comportamento, ultrapassando descrições diagnósticas e topográficas. A análise funcional é a ferramenta que permite identificar relações sistemáticas entre o comportamento e as alterações ambientais com as quais o indivíduo interage (Skinner, 1979/2003). Através de observação direta e relatos de comportamentos, o analista do comportamento identifica contingências atuais e faz inferências sobre contingências que operaram no passado, o que permite propor intervenções apropriadas, considerando as especificidades individuais em questão (Meyer, 2001). Isto torna possível compreender a história de aquisição e manutenção de repertórios comportamentais problemáticos e programar intervenções visando o desenvolvimento de novos repertórios (Nery & Fonseca, 2018).

Argumento aqui que a incorporação da psicoterapia breve e das intervenções em grupo de orientação analítico-comportamental a uma modalidade de atendimento *on-line* têm o potencial de otimizar a abordagem clínica para casos de insatisfação com a imagem corporal. Trata-se de uma alternativa que facilita o acesso para grande parcela da população que indis põe de serviços assistenciais convencionais por razões de escassez de oportunidade, crescentes filas de espera em instituições que ofertam tais serviços, indisponibilidade financeira e/ou limitação dos serviços existentes.

Embora a temática esteja recebendo visibilidade por parte da comunidade científica, sua investigação numa perspectiva interventiva e de orientação comportamental ainda é pouco explorada, sobretudo na realidade brasileira. Portanto, a relevância deste trabalho se justifica pela necessidade de: aprofundar a compreensão da temática na perspectiva comportamental; atualizar a investigação sobre as possibilidades terapêuticas, sua eficiência e efeitos no âmbito da psicoterapia grupal *on-line*;

instrumentalizar o psicólogo para atuar frente à insatisfação com a imagem corporal; explorar o fazer clínico a partir da utilização de recursos tecnológicos/digitais; e, por fim, pelo potencial de agregar conhecimento e avançar nas discussões em termos de assistência à saúde mental, produzindo saberes que priorizam aspectos interventivos na contemporaneidade.

Considerada a necessidade de tornar o manejo clínico mais condizente com as especificidades desta temática, o presente estudo se propõe a implementar uma intervenção analítico-comportamental de curta duração on-line em um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal, a partir dos seguintes questionamentos: o que caracteriza insatisfação com a imagem corporal entre mulheres na perspectiva da análise do comportamento? É possível que uma intervenção comportamental breve, grupal e *on-line* contribua nestes casos? Quais os efeitos terapêuticos podem derivar da intervenção proposta?

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Imagem corporal: um conceito cognitivista

Imagem corporal é um conceito de origem cognitivista. Tem caráter multidimensional e dinâmico, tendo como componentes o aspecto perceptivo (imagem visual que se tem do próprio corpo), cognitivo (pensamentos e verbalizações referentes ao corpo e à aparência), afetivo (emoções e sentimentos diante do corpo, de si e seus atributos físicos) e comportamental (ações relacionadas ao corpo, à identidade e às características físicas). A imagem corporal seria como uma “impressão digital”, no sentido de que cada pessoa possui uma experiência corporal única, percebe e avalia de modo distinto a si e às partes de seu corpo, bem como atribui a elas diferentes níveis de importância e satisfação (Nobre, Farias & Ribeiro, 2010).

Em seu trabalho sobre imagem corporal e transtornos alimentares, Saikali, Soubhia, Scalfaro e Cordás (2004) citam o conceito trazido por Schilder (1994), que define imagem corporal como a figura do corpo do indivíduo que é formada em sua mente. As autoras ainda mencionam Thompson (1996), que apresenta este conceito a partir de três componentes: perceptivo, relacionado à precisão da percepção do sujeito

sobre sua própria aparência, o que envolve a estimativa do tamanho corporal e do peso; subjetivo, que abrange aspectos como satisfação com a própria aparência, nível de preocupação e ansiedade associada a mesma; e comportamental, que diz respeito às situações evitadas pelo indivíduo por experimentar desconforto associado à aparência.

Por sua vez, Novaes e Vilhena (2003) resgatam o conceito trazido por Roland Barthes (1982), no qual a imagem corporal é compreendida como uma consequência da influência exercida pelo ambiente sobre o sujeito, processo que envolve constante transformação das representações corporais. Assim, a imagem corporal corresponderia à imagem que o sujeito acredita que as outras pessoas têm do seu corpo.

O debate desta temática geralmente está centrado nas consequências reflexas dos problemas de imagem corporal, com destaque para os transtornos alimentares (Nobre et al., 2010). De modo que a imagem corporal é pouco explorada *per se*, sendo incluída como um desdobramento dos transtornos alimentares de modo geral. Apesar de avançar nas discussões científicas, do ponto de vista comportamental isso representa um problema, pois além da circularidade da explicação, da redundância e dualismo, a identificação de variáveis ambientais é dificultada, o que prejudica o trabalho clínico (Baum, 2005).

2.2 Imagem corporal sob a perspectiva comportamental

Do ponto de vista comportamental, seria possível compreender o conceito de imagem corporal como um produto das interações operantes e respondentes (públicos e privados), que envolvem, principalmente, atos sobre si e sobre a aparência corporal e discriminação de características compatíveis ou não com os modelos socialmente estabelecidos. A relação que se estabelece com o corpo é construída a partir das inúmeras experiências que o indivíduo tem com o corpo ao longo da vida, em diferentes contextos (Nobre et al., 2010). Por isso, a imagem corporal influencia diversos repertórios e aspectos da vida do indivíduo, incluindo as relações sociais, familiares, o trabalho, saúde, dentre outros. Como exemplo, é possível que uma mulher considere desistir de uma entrevista de emprego por achar que sua aparência será um fator decisivo para uma avaliação negativa.

Nesse processo, o corpo, sua imagem (em fotografias, no espelho, etc.), e as descrições e significados simbólicos a ele atribuídos passam a compor a identidade do

indivíduo ainda na infância. Se configurando, assim, como o aspecto mais imediatamente associado ao que progressivamente se compreende como “eu”. A construção dessa identidade é idiossincrática, visto que corresponde às aprendizagens do indivíduo na interação com o ambiente (Nobre et al., 2010).

Na relação com o corpo, alguns fatores contribuem para o aumento de repertórios de fuga-esquiva. Por exemplo, incongruências entre as características corporais notadas pelo indivíduo e aquelas que geralmente são apontadas, isto é, quando o indivíduo é ensinado a ficar sob controle de determinadas características ao invés de outras (geralmente aquelas reprovadas socialmente). Discrepâncias entre a aparência do sujeito e a aparência desejada, ou entre a aparência real e os ideais estéticos vigentes. Ainda, a predominância de comparações sociais e utilização de parâmetros externos para julgar a aparência. E por fim, a ênfase na aparência, predominância de controle por regras e autodepreciação (Nobre et al., 2010). Nesse sentido, a imagem corporal atuaria enquanto operação estabelecadora para a emissão não somente de respostas de modificação corporal, mas também de outros comportamentos, partindo da argumentação de que compõe o conceito de identidade, como será discutido posteriormente.

Numa leitura comportamental, a imagem corporal parece englobar um conjunto de comportamentos públicos e privados, operantes e respondentes, que compõem o repertório do sujeito, e que é modelado a partir de determinadas contingências ambientais. O próprio conceito e a vasta literatura sobre o tema enfatizam o elemento “corpo” e a maneira como este é percebido pelo “sujeito”, o que sugere uma segregação dualista entre corpo e mente que é incabível na perspectiva teórica que embasa essa dissertação. É necessário admitir que em termos comportamentais pode ser nebuloso conceber o conceito de “Imagem Corporal” *per si*, sem fazer uma distinção teórica que permita compreendê-lo do ponto de vista monista, determinista e materialista – elementos basilares da Análise do Comportamento.

Apesar de o dualismo mente/corpo de Descartes seguir orientando grande parte da psicologia contemporânea, o behaviorismo radical não separa a pessoa (um “eu” essencial) do comportamento, concebendo o ser humano como parte do mundo natural, assim como todos os demais elementos da natureza. O ser humano é descrito como uma unidade em vez de dualidade: é uma parte interativa do ambiente ao invés de algo separado dele. Logo, busca-se compreender a maneira como a pessoa – enquanto unidade – se relaciona com o ambiente ao invés de investigar mecanismos e/ou entidades subjacentes ao comportamento (Chiesa, 2006).

Enquanto o ambiente envolve não apenas o mundo inanimado, mas as próprias pessoas que compõem o mundo daquele que se comporta (ambiente social), a pessoa é resultado de uma dotação genética única (filogênese), uma história de reforço única (ontogênese) e das relações que mantém com o ambiente atual físicas e sociais (cultura) (Chiesa, 2006). Assim, “de uma ampla faixa de possibilidades, os padrões de comportamento são selecionados, mantidos e fortalecidos por eventos antecedentes e consequentes - eles criam a pessoa” (Chiesa, 2006, p. 100).

Para Skinner (1974/2006, p. 145), “uma pessoa é um organismo, um membro da espécie humana que adquiriu um repertório de comportamento. Ela continua sendo um organismo para o anatomista e para o fisiologista, mas é uma pessoa para aqueles que lhe dão importância ao comportamento”. O autor aponta a diversidade de “pessoas” que existem dentro da pele como uma metáfora para os diferentes e complexos repertórios comportamentais, os quais são resultado da história de distintas contingências de reforço em ação. A pessoa – ou “eu” – ao invés de um agente originador, é um lugar onde múltiplas variáveis (genéticas e ambientais) se reúnem num efeito conjunto indiscutivelmente único.

Fonseca e Zilio (2018) apontam que apesar de a Análise do Comportamento eleger como objeto de estudo o comportamento dos organismos, existem inconsistências teóricas a respeito do que seria um organismo, sobretudo pelo protagonismo do conceito de “comportamento”. Não há uma definição explícita e precisa do termo “organismo” nas obras de Skinner, tendo um estudo sobre o tema identificado a utilização do termo em pelo menos quinze diferentes contextos, cujos quais fundamentam distintas discussões na literatura da área. Destes, três se destacam pela predominância de menções, e uma explanação sobre suas especificidades pode ser útil para fundamentar a presente argumentação: “organismo” enquanto locus do comportamento (lugar de convergência de variáveis para ocorrência do comportamento, que sofre ação do ambiente); “organismo” como referência ao que/quem se comporta; e como concepção morfológica, ou seja, demarcação organismo-ambiente pela fronteira da pele (Fonseca & Zilio, 2018).

Locus do comportamento, categoria de maior prevalência de menções ao organismo (39,8%), faz referência a um ponto de confluência entre condições (genéticas e ambientais) do qual resultam efeitos conjuntos. Congruente com algumas definições de pessoa e organismo encontradas na literatura analítico-comportamental, este sentido esteve frequentemente associado a discussões sobre variabilidade comportamental: organismo enquanto locus de variabilidade (Fonseca & Zilio, 2018). Organismo que se

comporta, segunda categoria mais recorrente (19,7%) é compatível com a premissa skinneriana de que o organismo é um executor: mais do que um corpo, organismo é um corpo que faz coisas (Fonseca & Zilio, 2018).

Esta premissa, no entanto, não é compatível com a ideia de organismo enquanto iniciador do comportamento. No que se refere à concepção morfológica, a pele é apontada como fronteira entre sujeito e ambiente e movimenta sobretudo discussões sobre eventos privados, comportamento psicótico e comportamento verbal. No entanto, há ambivalência quanto a esta demarcação, a qual pode tornar implícita a ideia de que o comportamento está “localizado” em algum lugar dentro do organismo antes de ser emitido (Fonseca & Zilio, 2018).

Enquanto lugar por meio do qual interações complexas acontecem, que se caracteriza pela capacidade executora e que tem a pele como um demarcador que mais o distingue do que o segrega, o organismo é uma unidade composta, também, por um corpo. Dito isto, a relação que a pessoa estabelecerá com esta parte que a compõe é aqui nominada “Imagem Corporal”.

2.3 Imagem corporal e identidade

Para compreender a relação entre imagem corporal e identidade, e sua ligação com as práticas culturais de gênero, há que se explorar o conceito de self e o papel exercido pela linguagem a partir da Teoria das Molduras Relacionais (*Relational Frame Theory* – RFT). Em diferentes momentos de sua produção teórica Skinner elabora uma análise funcional do Self, num esforço de afastar o conceito de proposições causais e iniciadoras do comportamento. O autor circunscreve o Self às interações existentes entre os três níveis de seleção, destacando o papel central exercido pela cultura (Oliveira Zin, Gama, & Reis, 2022). De acordo com Skinner, é o terceiro nível de seleção que permite ao indivíduo a construção de um self. Através da ontogênese o indivíduo se torna singular, e por meio do comportamento verbal não apenas entra em contato com seu mundo privado como também se torna suscetível a seleção de vastas e distintas práticas culturais (Skinner, 1989).

Skinner atribui ao comportamento verbal – mediado necessariamente através da relação entre falante e ouvinte, ou seja, da comunidade verbal – o desenvolvimento do

autoconhecimento. Em síntese, a possibilidade de entrar em contato consigo mesmo só é efetivada por meio da cultura, e, sobretudo, da capacidade de se comportar verbalmente. Portanto, é coerente afirmar que o self é construído no âmbito da comunidade verbal em que o indivíduo está inserido (Andery, 1997; Skinner, 1974/2006).

Por mais interna e privada que possa parecer, a subjetividade é a mais social de todas as características humanas. Ela é construída no seio da interação e das experiências com os eventos ambientais públicos (Andery, 1997; Baum, 2005; Kohleberg & Tsai, 2006). O repertório de autoconhecimento é associado ao Self, que não é único, estático ou causador do comportamento (Kohleberg & Tsai, 2006; Skinner, 1979/2003). O *self* é conceituado como tendências de respostas encobertas (sentimentos, pensamentos, predisposições comportamentais) possibilitadas pelo desenvolvimento da cultura no que se refere ao ensino do comportamento verbal pela comunidade (Moreira, Silva, Lima, Assaz, Oshiro & Meyer, 2017).

No tocante à imagem corporal, é possível que a comunidade verbal estabeleça e atribua rótulos discrepantes da experiência privada, de modo que passa a existir uma incongruência entre o que o indivíduo experimenta e o que é por ela determinado. Em razão da imposição de um padrão estético corporal inatingível, a discrepância entre a forma corporal real e àquela desejada pode ser muito significativa e propiciar o seguimento de regras/modelos e a emissão de comportamentos que resultam em sofrimento (Fonseca & Nery, 2018).

Ainda que, por exemplo, uma adolescente se sinta satisfeita e contente ao se olhar no espelho, ou que avalie positivamente sua forma física, a manifestação pública de tais reações privadas, via relatos verbais, provavelmente será punida pela comunidade verbal. Ao mesmo tempo em que sua experiência privada é confrontada pelo que estabelece a norma social, estes mesmos modelos reforçarão comportamentos de insatisfação e modificação do corpo. Ao engajar-se em uma dieta ou perder peso, por exemplo, será socialmente reforçada: aumento da atratividade para os pares (que compartilham de tais padrões), *feedbacks* positivos acerca do emagrecimento, etc.

Assim, a imagem corporal é entendida como um conceito, uma construção verbal que engloba as definições trazidas previamente. Não há propriedades causais do conceito para a categoria que este descreve, do contrário, incorrer-se-ia em um erro de categoria (Baum, 2005). Logo, a imagem corporal não “causa” descrição de si, a percepção do corpo ou os outros elementos que compõem a classe. Na perspectiva monista comportamental, os elementos que compõem a classe “imagem corporal” são

determinados na relação bidirecional e contínua do sujeito com o ambiente. Afinal, segundo Skinner (1957/2003), “os homens agem e modificam o mundo, e por sua vez, são modificados pelas consequências de suas ações” (p. 01).

Considerando as contingências selecionadoras da categoria conceitual “Imagem Corporal”, quando as características físicas próprias de cada indivíduo vão se manifestando e estabelecendo, ainda na infância o indivíduo aprende a discriminar os estímulos ambientais com relação à aparência, passando, assim, a se direcionar aos modelos transmitidos (Ribeiro et al., 2006). A partir do que é dito e sinalizado sobre seu corpo e aparência, a imagem corporal vai sendo construída, servindo de base para a avaliação que o indivíduo fará sobre a compatibilidade entre sua aparência e o modelo que lhe é transmitido. Nesse processo, as características desvalorizadas pelo grupo social tendem a adquirir função aversiva, ao passo que àquelas valorizadas adquirem função reforçadora (Fonseca & Nery, 2018).

Em síntese, a imagem corporal é produto de interações ambientais que gradualmente se desenvolvem ao longo da história de vida, as quais são afetadas pela comunidade verbal e pela cultura.

2.4 Comportamento Alimentar e Imagem Corporal: variáveis atuantes na relação entre corpo e comida

O comportamento alimentar é especialmente relevante nesta discussão por tratar-se de uma importante via de alcance destes padrões, como será explanado a seguir. Assim como qualquer outro, este tipo de comportamento é multideterminado e selecionado por consequências de acordo com três níveis: filogenético, ontogenético e cultural. Esta interação pode tornar mais ou menos favorável ao desenvolvimento de comportamentos típicos dos transtornos alimentares. Isto ocorre porque no decorrer do seu desenvolvimento, e a partir das interações ambientais às quais estão expostas, as pessoas aprendem hábitos alimentares, discriminam quais comportamentos alimentares são valorizados ou não em seu grupo social, além de identificarem sabores que podem ser ou não reforçadores. Na medida em que o ambiente se torna mais ampliado, as exigências com relação ao comportamento alimentar e forma física aumentam, sobretudo para mulheres (Fonseca & Nery, 2018).

Vale e Elias (2011) argumentam que a adolescência é o período em que a forma corporal é um fator crítico devido à transição do corpo infantil para um corpo onde as características sexuais secundárias são realçadas, sendo imposto ao adolescente a necessidade de adaptação. Os autores ressaltam que o modo como se lida com o novo corpo pode favorecer o desenvolvimento de repertórios de fuga-esquiva⁴ diante de alimentos e padrões alimentares que sinalizem um ganho de peso. Assim, a partir de regras alimentares de restrição, purgação e comportamentos compensatórios, além da oferta de modelos corporais idealizados, há cenário propício para engajamento em estratégias prejudiciais de controle de peso e modificação corporal nesse período (Fonseca & Nery, 2018; Vale & Elias, 2011).

É possível então compreender que a relação corpo-alimento e padrões alimentares considerados prejudiciais se estabelecem e se mantêm pelo impacto das consequências produzidas nesta relação, seja através de reforçamento positivo ou negativo, o que pode levar à construção de um repertório com baixa variabilidade comportamental e que se orienta para a conquista de um corpo socialmente valorizado (Fonseca & Nery, 2018). O fato de que existem contingências conflitantes no processo de seleção de comportamentos alimentares pode explicar a variedade de padrões encontrados dentro das classificações diagnósticas: contingências que favorecem comportamentos dirigidos à magreza, restrição e autocontrole existem em concomitância às contingências favoráveis à impulsividade alimentar (Fonseca & Nery, 2018).

Ademais, houve uma transição de hábitos alimentares dependentes de disponibilidade de alimentos (em um contexto de escassez) para hábitos estabelecidos e mantidos em condição de abundância e variedade. Nesse processo, o alimento ultrapassou seu valor de sobrevivência, enquanto reforçador incondicionado, tornando-se um estímulo reforçador mais abrangente e fortemente associado ao reforçamento social (Piccolo, Martin-Soelch, Cássia Araújo & Estanislau, 2019), passando a compartilhar propriedades similares e valor simbólico. Por conseguinte, a comida elicia respondentes semelhantes àqueles eliciados por reforçadores sociais, de modo que em situações de privação afetiva, poderá ser um substituto, ainda que os efeitos emocionais não sejam exatamente os mesmos. Dentre outras questões, tais efeitos poderiam culminar em

⁴ *Fuga* consiste em uma relação operante na qual a ação produz como consequência a retirada de um evento aversivo. É um operante mantido sob reforçamento negativo, o que significa que a classe de ações é fortalecida pela remoção de um evento aversivo. *Esquiva* se refere a uma relação operante na qual a ação produz como consequência o adiamento ou evitação de um evento aversivo, sendo, portanto, um operante também mantido sob reforçamento negativo (Borges & Cassas, 2009).

alteração da forma corporal e, conseqüentemente, da maneira como o indivíduo percebe seu corpo, já que seria necessária uma quantidade significativa – forte intensidade do estímulo (S) – para que ocorra uma eliciação significativa de respondentes – forte magnitude de resposta (R) (Vale & Elias, 2011).

Faz-se importante perceber que a comida passa então a exercer diferentes funções para além da nutrição e geração de energia, e o comportamento alimentar passa a ser controlado por uma grande diversidade de variáveis e contextos. É possível, por exemplo, que o comportamento alimentar possa ser utilizado como estratégia de fuga/esquiva de emoções aversivas, uma vez que a comida elicia respondentes considerados prazerosos incompatíveis com aqueles eliciados por estímulos aversivos: nesse sentido, ao menos temporariamente, a ingesta alimentar poderia proporcionar efeitos prazerosos concorrentes com as sensações desagradáveis (Vale & Elias, 2011).

Considerando que o comportamento alimentar e a relação com a comida podem adquirir diferentes funções e significados a partir de processos complexos de interação do sujeito com seu ambiente físico e social, é possível compreender que a imagem corporal (ou a percepção de si e do próprio corpo) também é construída na relação sujeito-ambiente. Aqui definida como a relação entre a forma do corpo e o modo como ele é descrito verbalmente, a imagem corporal compreende a maneira como se reage perceptivamente com relação à forma física. Assim, as alterações na imagem corporal comportam discrepâncias nesta relação, processo que geralmente é acompanhado por divergências entre a descrição do tamanho e das formas corporais e possíveis aferições antropométricas (Vale, 2002; Vale & Elias, 2011).

2.5 Imagem corporal e questões de gênero: o impacto dos padrões estéticos impostos às mulheres

Neste ínterim, faz-se importante interseccionar questões de gênero e a imagem corporal. As contingências sócio-verbais dispostas para as mulheres são bem diferentes daquelas dispostas para os homens. Para Vilhena, Medeiros e Novaes (2005), a imagem da mulher na cultura é confundida com a da beleza. Novaes e Vilhena (2003) acreditam que na contemporaneidade há um terrorismo em torno da beleza, e que isto tem menos a ver com o grau de repetição das mensagens do que com a evolução das mesmas. Apontam que o imperativo vai muito além da imposição às mulheres de um modelo de beleza e da

necessidade de alcançá-los; envolve a repetição constante do discurso: “é possível ser bela se você quiser”.

Nesse sentido, a beleza não se configura apenas como uma obrigação, mas, antes disso, como uma facilidade, uma questão de escolha pessoal e vontade própria. Se historicamente as mulheres se preocupavam com a beleza, hoje são responsáveis por ela. Houve um salto do dever social (se eu conseguir, melhor) para o dever moral (se eu quiser, eu consigo) de ser bela. Nesse processo, não é possível vislumbrar outros determinantes acerca da aparência, de modo que o fracasso resulta de uma incapacidade meramente individual (Novaes & Vilhena, 2003).

No que diz respeito às mulheres, há maior rigidez e menor concessão social aos sinais de “desleixo” com a aparência. Enquanto o desvio dos homens com relação ao padrão de beleza é vinculado à falta de tempo e às necessidades da vida profissional, não cultivar a beleza, para as mulheres, é compreendido como falta de vaidade – qualitativo por si só depreciativo da moral. A construção de uma imagem feminina considerada bela inclui o esforço inerente à sua modelagem e o dispêndio financeiro e de tempo. Nesse sentido, a beleza consiste e acontece na forma de trabalho constante, minucioso e vigilante sobre o corpo, já que pequenos descuidos abrem espaço para a “feiura” aparecer (Novaes & Vilhena, 2003).

É possível compreender a construção de valores neste processo: enquanto qualificador antagônico da beleza, a “feiura” parece destituir a própria identidade, haja vista o discurso que ressalta que “feia é menos feminina”. Na medida em que a definição de beleza exclui diversas características naturais e comuns entre mulheres, é mais provável ser considerada feia qualquer que seja a aparência corporal que se tem. Sob controle dessas regras e tendo o próprio corpo como estímulo, há alta probabilidade de discriminar “imperfeições”, “defeitos” e rejeitar os mais variados atributos pessoais (Novaes & Vilhena, 2003). De acordo com Ribeiro et al. (2006), a insatisfação com o próprio corpo tem sido associada à distorção da imagem corporal – ou seja, problemas em relação ao modo como o corpo é descrito e avaliado – e à busca por modificações corporais a fim de alcançar determinada forma que aumente a probabilidade de obtenção de reforço social e diminua o contato com estimulação aversiva.

De acordo com Skinner (1974/2006), o autoconhecimento tem origem social visto que é a comunidade verbal que ensina o sujeito a discriminar e nomear comportamentos e reações corporais (emocionais) que acontecem na interação ambiental. Assim, o contato frequente com punições (críticas, humilhações, rejeição, etc.) resulta na aprendizagem de

um grande número de estímulos condicionados para respostas emocionais aversivas a respeito de si mesmo. Um ambiente hostil promove uma série de eventos privados, como sentimentos e pensamentos de insignificância, vergonha, desvalor, incapacidade de receber afeto, etc., a partir dos quais a pessoa se responsabiliza pelo próprio fracasso ao invés de discriminar o papel do ambiente no seu estabelecimento e manutenção (Silva & Isidro-Marinho, 2003).

As discussões anteriores sobre o controle aversivo exercido pelos parâmetros estéticos (atribuídos, sobretudo, às mulheres) e seus desdobramentos explicam o cenário gerador de sofrimento em torno da percepção de si. Este não apenas sinaliza, mas efetivamente pune características e comportamentos “desviantes”: não possuir medidas corporais estabelecidas é punido com críticas e julgamentos, perda do acesso a espaços, dentre outros. Ao mesmo tempo, não se engajar em medidas eficazes para alcançá-las é punido com a pressão estética endossada por discursos meritocráticos de apelo ao consumo (“falta força de vontade”, “você pode ter o corpo que quiser”, etc). É perceptível, portanto, que se trata de uma prática cultural coercitiva de controle sobre os corpos das mulheres.

Marinho (2018) sintetiza discussões antropológicas sobre como os discursos dominantes produzidos por instituições, normas e valores desempenha um papel fundamental no comportamento dos indivíduos. O que, na Análise do Comportamento, é discutido a partir da compreensão de agências de controle⁵ (Skinner, 1979/2003). Nessa perspectiva, há que se considerar que o controle dos corpos femininos na sociedade capitalista é orientado para o consumo de produtos e procedimentos que disciplinam e submetem as mulheres ao cumprimento de diversas exigências sociais.

Observa-se, então, um lugar contraditório de poder e subordinação das mulheres frente a seus corpos, onde domínio e autonomia se relacionam (Marinho, 2018). Se de um lado temos a capacidade de decidir sobre o corpo, de outro, temos demandas e desejos produzidos socialmente e que se direcionam ao seguimento de regras sociais (as quais exercem controle sobre o comportamento decisório). Esse controle é exercido tanto individualmente em relação a cada mulher, como também é reproduzido por elas em relação umas às outras.

⁵ As *agências de controle* manipulam contingências específicas, de forma organizada, e suas práticas são legitimadas de acordo com o poder que lhes são empregados. Como, por exemplo, o governo, a religião, a psicoterapia. Ou, ainda, pessoas e organizações que selecionam tipos específicos de interação (Skinner, 1979/2003).

Reflexo desse cenário é o aumento expressivo de cirurgias plásticas estéticas no Brasil e no mundo. O Brasil ocupou o segundo lugar do ranking mundial em número de intervenções, computando 2,5 milhões de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos realizados em 2019. O total de procedimentos cirúrgicos e não cirúrgicos feitos por mulheres correspondeu a, respectivamente, 86,5% e 87,2% dos casos, enquanto 13,5% e 12,8% foram realizados por homens (International Society of Aesthetic Plastic Surgery [ISAPS], 2019). Entre 2013 e 2019 houve uma predominância do público feminino em mais de 84% dos casos (Santos, 2021), contemplando a faixa dos 19 aos 50 anos (ISAPS, 2019).

Outra implicação se refere à predominância de transtornos alimentares entre o público feminino: tanto a anorexia nervosa quanto a bulimia nervosa são mais prevalentes em mulheres. Na anorexia, as populações clínicas em geral refletem uma proporção feminino-masculino de aproximadamente 10:1, enquanto que na bulimia a prevalência gira em torno de 1 a 1,5% entre o público feminino (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Então, tornam-se pouco prováveis tanto contingências que promovam reforço positivo social com destaque para a pessoa em si (autoestima), quanto àquelas que produzem consequências reforçadoras no ambiente, ou seja, comportamentos bem-sucedidos (autoconfiança) (Guilhardi, 2002). Na medida em que as mulheres se encontram inseridas em um contexto social que ao invés de proporcionar reforçadores positivos, promove forte controle aversivo como traço cultural, econômico e político, aponta-se que os problemas de imagem corporal configuram um elemento clinicamente relevante para o qual a Análise do Comportamento pode oferecer caminhos de investigação e intervenção.

2.6 Intervenção psicológica *on-line*, breve, em grupo e orientada pela análise do comportamento

No caso da imagem corporal, mais do que descrições topográficas de respostas, é importante identificar as variáveis de controle que se relacionam funcionalmente aos comportamentos apresentados e que os caracterizam. O que pode incluir o comportamento alimentar, a relação com a comida, os padrões estéticos culturalmente disseminados, etc. A análise do comportamento possui aparato teórico, conceitual e de

intervenção para abordagem do tema, ancorando-se, por exemplo, nos conceitos de condicionamento respondente, condicionamento operante, esquemas de reforçamento, comportamento adjuntivo, discriminação de estímulos, equivalência de estímulos, comportamento governado por regras, responder relacional arbitrariamente aplicável, dentre outros (Fonseca & Nery, 2018).

Para que haja uma compreensão aprofundada e abrangente, é preciso investigar os determinantes de comportamentos específicos em contextos específicos, o que é feito por meio da análise funcional molecular, que envolve antecedentes, respostas e consequências. A análise molecular é a base para a construção de análises mais amplas, as chamadas análises molares, que integra os aspectos que compõe o repertório atual às variáveis históricas que contribuíram para a aquisição e manutenção de padrões comportamentais. As análises molares abarcam o padrão comportamental em questão, os comportamentos que o caracterizam, a história de aquisição, os contextos atuais mantenedores e as consequências que o fortalecem (Nery & Fonseca, 2018; Marçal, 2005).

Assim, o terapeuta comportamental estará instrumentalizado para desenvolver, junto ao cliente, repertórios mais adaptativos, reduzir a frequência de comportamentos prejudiciais, promover fontes variadas de reforçamento e desenvolver regras mais efetivas (Marçal, 2005). Com base em diversos modelos clínicos de orientação comportamental, é possível elencar estratégias clínicas compatíveis com as necessidades particulares de cada caso: a Terapia de Aceitação e Compromisso, por exemplo, pode contribuir para a redução do controle por regras, que impede a exposição às contingências necessárias à mudança; a Terapia Analítica Funcional, por sua vez, faz uso de recursos próprios da relação terapêutica visando a modelagem e modelação de comportamentos e subsequente generalização; a Terapia por Contingências enfatiza a importância de resgatar elementos do ambiente natural do indivíduo, dentre outros (Marçal, 2005).

Atualmente, existem poucos tratamentos com suporte empírico no âmbito dos transtornos alimentares – nos quais a insatisfação corporal é significativa. Embora as diretrizes clínicas internacionais para transtornos alimentares recomendem o uso de tratamentos psicológicos com forte suporte empírico, algumas recomendações não se baseiam em evidências, provavelmente refletindo as particularidades dos serviços/sistemas de saúde. Diferentes linhas teóricas são recomendadas a depender do transtorno alimentar em questão, sendo a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) o

tratamento de escolha para muitos deles (Linardon, Fairburn, Fitzsimmons-Craft, Wilfley & Brennan, 2017).

No entanto, as terapias comportamentais de terceira onda têm sido apontadas como alternativas promissoras para o tratamento desses transtornos, visto que adicionam aos recursos tradicionais da TCC (por exemplo, auto monitoramento, exposição e prevenção de resposta, etc.) novas estratégias para alcance de melhorias clínicas: aceitação, atenção plena, metacognição, flexibilidade psicológica e redução da esquiva experiencial (Hayes, Villatte & Hildebrandt, 2011). Enquanto a TCC se debruça diretamente sobre o conteúdo e a validade dos processos cognitivos, o alvo das terapias comportamentais é a função da cognição e das emoções. Assim, suas intervenções envolvem estratégias de regulação emocional focadas na resposta, ou seja, que modulam a experiência/expressão da emoção quando esta acontece, enquanto a TCC tem como foco o antecedente, formulando estratégias que previnem a ativação da resposta emocional (Hofmann & Asmundson, 2008).

Contudo, até o momento existem poucas pesquisas examinando a eficácia de terapias comportamentais para indivíduos com transtornos alimentares. A terapia comportamental dialética (DBT) é a mais estudada dentre as de terceira onda, que têm sido empregadas como tratamento apesar da pouca clareza sobre sua eficácia. Os estudos existentes geralmente estão focados em categorias diagnósticas como bulimia nervosa, anorexia nervosa e compulsão alimentar periódica (Linardon et al., 2017), não se direcionando especificamente à imagem corporal.

Uma revisão sistemática com meta-análise examinou a posição empírica das terapias comportamentais de terceira onda para o tratamento de transtornos alimentares. O estudo apontou melhorias de níveis variados no transtorno alimentar e nos sintomas psicológicos gerais do pré-tratamento ao pós-tratamento e acompanhamento. No entanto, apesar de haver evidências preliminares promissoras da eficácia potencial dessas terapias, atualmente, nenhuma delas atende aos critérios formais para um tratamento com suporte empírico (Linardon et al., 2017).

No que tange aos serviços psicológicos *on-line*, sabe-se que estes vêm se estabelecendo enquanto uma realidade comum e promissora. Facilidades como disponibilidade, conveniência, acessibilidade, baixo custo, privacidade e redução de estigma são elementos que tornam esta prática uma atraente possibilidade de atendimento à saúde mental. Apesar dos desafios envolvidos, se mostram uma alternativa eficiente àqueles tradicionais (Pieta, Siegmund, William & Gauer, 2015).

A integração entre o atendimento psicológico, a tecnologia e a internet é uma tendência internacional que tem mobilizado esforços no campo científico em prol da melhor estruturação e desenvolvimento de sua prática (Pieta et al., 2015). O Brasil, no entanto, ainda está caminhando em direção ao aprimoramento desta prática. A revogação da restrição desse tipo de atendimento como uma modalidade apenas experimental e o fim da limitação do número de sessões *on-line* é recente, tendo ocorrido a partir da resolução CFP nº 11/2018 (Conselho Federal de Psicologia, 2018). O Conselho Federal de Psicologia (CFP), através da publicação da Resolução nº 04/2020 (Conselho Federal de Psicologia, 2020), flexibilizou e traçou parâmetros sobre este tipo de atendimento, bem como sobre os demais serviços realizados por meios tecnológicos.

É relevante destacar a pandemia da COVID-19 (*Coronavirus Disease*, causado pelo vírus SARS-CoV-2) como importante propulsora de mudanças no padrão de atendimentos clínicos. Em razão das medidas sanitárias adotadas para contenção do seu avanço, o atendimento psicológico precisou ser realizado de maneira virtual e apresentou importante aumento de demanda devido às alterações significativas que resultaram da crise de saúde representada pela pandemia (Cosenza, Pereira & Silva, 2021). A pandemia da COVID-19 impactou significativamente a prática clínica de psicólogos. Sammons, VandenBos e Martin (2020) apontaram que a transição da prática presencial para *on-line* foi muito súbita. Antes da pandemia, 29% dos participantes utilizavam este tipo de modalidade em alguns momentos e para alguns serviços, enquanto que, após a pandemia, 83% a utilizavam quase exclusivamente.

Apesar de já ser uma realidade com regulamentações mais estruturadas em outros países, no Brasil os profissionais ainda enfrentam inseguranças advindas da falta de preparo para utilização de ferramentas que garantam a qualidade, privacidade e funcionamento apropriado desta modalidade de atendimento (Cosenza et al., 2021). Esta medida importante expandiu as possibilidades interventivas no campo da assistência à saúde mental e se revela como um avanço em direção ao aprimoramento das práticas psicológicas *on-line* no país (Pieta et al., 2015).

Barak, Hen, Boniel-Nissim & Shapira (2008) realizaram uma meta-análise de estudos que examinaram a eficácia da terapia *on-line*, os quais envolveram um total de 9.764 clientes com diferentes transtornos, que foram atendidos por meio de diversas intervenções *on-line*, e cuja eficácia foi avaliada por diferentes medidas. Os resultados mostraram similaridades àqueles encontrados na terapia convencional, considerando tipo de terapia *on-line* (automonitorada ou provida por um profissional), tipo de medida e

tempo de medida de resultados (pós-terapia ou *follow up*), tipo de transtorno, abordagem terapêutica e modalidade de comunicação. Os autores ofereceram forte apoio para adoção de intervenções psicológicas *on-line* como uma atividade terapêutica legítima.

Pieta e Gomes (2014) apontaram similaridades entre a relação terapêutica *on-line* e presencial e mostraram que a psicoterapia *on-line* é efetiva em distintas modalidades, apesar da maioria das investigações apresentarem enfoque cognitivo-comportamental. Os autores ainda salientaram que as questões éticas e legais são passíveis de resolução por meio de diretrizes e treino de terapeutas nessa modalidade.

Não obstante, apesar de estar recebendo atenção da comunidade científica e dos progressos daí resultantes, a comprovação da eficácia desses serviços carece de maior investigação, sobretudo na realidade brasileira – cuja extensão territorial implica especificidades socioculturais e politicoeconômicas próprias, as quais se apresentam pouco conhecidas. Nesse sentido, aponta-se a possibilidade da construção de protocolos de psicoterapia *on-line* e do estudo de intervenções psicoterápicas simples, de baixo custo, que possam democratizar o acesso a esse tipo de serviço para um número maior de pessoas (Pieta et al., 2015).

Já em relação à modalidade grupal, se reconhece que os grupos produzem interações sociais que resultam em mudanças comportamentais estabelecidas pela demanda dos próprios membros. A interação social daí decorrente promove auto-observação, autoconhecimento, mudanças individuais e, conseqüentemente, mudanças no próprio grupo. Nesse contexto o ambiente é rico em termos de estimulação, o que favorece a emissão de comportamentos clinicamente relevantes, e a generalização é facilitada em razão da maior semelhança com o ambiente natural. O aspecto instrucional dos grupos terapêuticos permite que os clientes sejam capazes de identificar contingências das quais seu comportamento é função, o que os coloca em melhores condições de previsão e controle do próprio comportamento (Delitti & Derdyk, 2009).

Nos grupos é possível evidenciar, questionar e utilizar regras decorrentes da história de vida de diferentes indivíduos como modelo para o desenvolvimento de novos repertórios. Via de regra, o reforçamento é diversificado e imediato, uma vez que não apenas o terapeuta, mas os próprios integrantes do grupo atuam como fonte adicional de reforçamento positivo social. Outro aspecto vantajoso deste tipo de psicoterapia envolve a experimentação de novas e variadas formas de comunicação com pessoas em situações semelhantes àquelas que ocorrem no ambiente natural. Uma vez que há uma base ampla para modelação social nos contextos de grupo, os integrantes podem facilitar a aquisição

e manutenção de comportamentos socialmente valorizados, podendo se comportar de diferentes maneiras e de ensinar papéis uns aos outros – aprendizagem que ocorre através de participação ativa e observação (Delitti & Derdyk, 2009).

Finalmente, no que cerne a modalidade breve de intervenção, estas são caracterizadas por manterem objetivos limitados e metas reduzidas em comparação às psicoterapias convencionais, propondo-se a atender necessidades mais imediatas do indivíduo. O foco, conflito ou situação atual do cliente é o elemento orientador e a condição essencial para eficácia desse tipo de psicoterapia. A temporalidade do processo terapêutico, outra característica norteadora, implica a determinação prévia do período de tratamento a fim de sequenciar as ferramentas e intervenções clínicas em direção a sua finalização (Almeida, 2010). Caberá ao psicoterapeuta elaborar o planejamento interventivo com base em estratégias consoantes com o objetivo terapêutico, sendo flexível para adequações necessárias (Menezes, Casanova & Batista, 2021).

As psicoterapias breves, portanto, buscam obter efeitos terapêuticos em curto prazo, elegendo queixas principais e tendo como foco a abordagem destas. Seu formato breve não implica num simples encurtamento de tempo do processo, configurando, antes, uma característica que lhe é própria e original. Esse formato de psicoterapia pode ser embasado por diferentes abordagens teóricas, a depender da formação do profissional que a conduz. Independente da distinção teórica, o diferencial dessa modalidade é o tempo do processo, que é reduzido, e número de sessões, geralmente delimitado previamente. Além disso, pode ser utilizado em diferentes serviços (como, por exemplo, hospitais, clínicas, escolas, etc.), e formatos (individual, em grupo, de casal, família, etc.) sempre levando em consideração as especificidades do público atendido e os objetivos em questão (Menezes et al., 2021).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral: Implementar uma intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal.

3.2 Objetivos específicos:

- Descrever topograficamente e funcionalmente as queixas de imagem corporal em um grupo de mulheres.
- Apresentar uma intervenção analítico-comportamental *on-line*, breve e em grupo para o manejo de queixas relacionadas à imagem corporal.
- Identificar os efeitos dessa intervenção.

4 ELEMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Método

Trata-se de um estudo de abordagem metodológica qualitativa do tipo pesquisa-ação. De um modo geral, a pesquisa qualitativa contempla métodos que não se pautam em mensurar fenômenos em termos de quantidade, intensidade e/ou frequência, haja vista a ênfase na relação do pesquisador com seu objeto de estudo. Nesse tipo de pesquisa, os dados são obtidos através da interação entre o pesquisador e seu objeto de estudo, sendo empregadas diferentes técnicas interpretativas no intuito de descrever e decodificar sentidos e significados atribuídos aos processos, fenômenos e vivências (Minayo, 2014).

Por sua vez, a pesquisa-ação se dirige à resolução de problemas coletivos, de modo que participantes e pesquisadores estabelecem uma relação participativa e colaborativa (Turato, 2013). É um dos diversos tipos de investigação-ação, processo que envolve um ciclo por meio do qual se aprimora determinada prática pela oscilação sistemática entre a ação no campo da prática e a sua investigação. Dentre as várias modalidades de pesquisa-ação (técnica, política, socialmente crítica, emancipatória, etc.), a *pesquisa-ação prática* é a modalidade que enquadra o presente estudo, sendo caracterizada pelo desenvolvimento de uma ação em um campo de atuação, feita pelo profissional-pesquisador, com o objetivo de investigá-la para seu aprimoramento. Neste tipo de pesquisa, há postura participativa e cooperativa entre os envolvidos, e o pesquisador documenta seu progresso com as informações produzidas ao longo das intervenções realizadas (Castelo Branco, 2022). Nesse sentido, o desenho da pesquisa-ação é empregado em diversas práticas de saúde baseadas em evidências (Abad-Corpa et

al., 2012) e apresenta implicações para o aprimoramento de práticas psicológicas clínicas e na atenção à Saúde.

A pesquisa-ação envolve o planejamento, a descrição e avaliação de uma mudança para a melhora de sua prática, de modo que, no decorrer do processo, aprende-se mais sobre a prática e sobre a investigação em si. As quatro fases do ciclo básico da investigação-ação envolvem os seguintes passos: planejar uma melhora da prática, agir para implantar a melhora planejada, monitorar e descrever os efeitos da ação e avaliar os resultados da ação (Tripp, 2005).

Analogamente, a análise funcional, principal ferramenta de trabalho do analista do comportamento, segue a mesma lógica do ciclo: a) identificação das características do cliente em uma hierarquia de importância clínica; b) organização dessas características em princípios comportamentais; c) implementação da intervenção, que consiste na atuação propriamente dita a fim de modificar relações comportamentais envolvidas na queixa/problema identificado; d) e avaliação dos resultados que a intervenção produziu.

A análise funcional é fundamental no trabalho do analista do comportamento por permitir a identificação das relações de interdependência entre os comportamentos de um organismo e o contexto em que ocorrem, seus efeitos e as operações motivadoras em vigor. Quando os resultados não forem satisfatórios, a avaliação funcional deve ser reiniciada (Leonardi, Borges & Cassas, 2012), assim como ocorre na pesquisa-ação. Em ambos os casos, o ciclo de ação-investigação é constante e se retroalimenta a partir do que emerge no processo e em razão do objetivo central ser o aperfeiçoamento da prática.

4.2 Cenário da pesquisa

A adoção de medidas de distanciamento social e os cuidados sanitários impostos pela pandemia de COVID-19 culminaram na necessidade de reorganização do dinamismo e estrutura de funcionamento social em diversos segmentos e áreas da vida, o que incluiu a realização de pesquisas. Neste cenário, os estudos qualitativos, marcados tradicionalmente pela realização de entrevistas presenciais, precisou se reinventar e ampliar suas estratégias de coleta de dados na incumbência de se adaptar aos desdobramentos e especificidades da realidade vigente (Schmidt, Palazzi & Piccinini, 2020).

Nesse ínterim, as entrevistas na modalidade *on-line* emergiram como uma possibilidade viável, sendo que algumas de suas vantagens incluem maior abrangência geográfica; economia de recursos financeiros e otimização do tempo de coleta em razão da dispensa de grandes deslocamentos; garantia de segurança para os participantes e pesquisadores diante do contexto adverso atual; favorecimento da abordagem de conteúdos mobilizadores devido à redução de exposição, uma vez que o participante não se encontra em contato direto com o pesquisador e nem em locais públicos e pouco familiares (hospitais, escolas, universidades, etc.), dentre outros (Schmidt et al., 2020).

A conveniência e conforto de estar em um ambiente próprio possibilita ao participante maior comodidade para participar do estudo, inclusive para desistir de prosseguir com o mesmo, caso desejem, visto que há um custo menor de resposta do que seria possível em uma entrevista presencial. Por outro lado, o pesquisador se depara com desafios que envolvem falhas de conexão, a necessidade de garantir a segurança e sigilo das informações, estabelecimento de um bom *rapport* com o participante, esclarecimentos sobre a necessidade de privacidade, (Schmidt et al., 2020) dentre outros aspectos que exigem do pesquisador uma postura versátil, ética e proativa.

Desse modo, buscando atender aos objetivos da pesquisa e considerando as condições sanitárias do país, a presente pesquisa ocorrerá na modalidade virtual. Tanto a intervenção quanto as entrevistas ocorreram através do Google Meet®. Esta é uma plataforma de vídeo gratuita, de fácil acesso, que permite o sigilo e as demais condições éticas e práticas necessárias para sua execução, o que inclui: acesso à sala via *link* individualizado, enviado pela pesquisadora; possibilidade de saída da sala, desligamento da câmera e áudio a qualquer tempo, sem aviso prévio; entrada na sala condicionada a autorização da pesquisadora.

Embora não tenha sido necessário implementar tais medidas, ficou estabelecido que em possíveis situações de urgência, a pesquisadora se disponibilizaria para o contato presencial com a participante que assim desejasse e pudesse realizá-lo. Nestes casos, os encontros seriam realizados no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) da Universidade Federal da Bahia, do campus de Vitória da Conquista-Bahia, resguardados os protocolos de segurança tanto para a pesquisadora quanto para as participantes.

No intuito de minimizar dificultadores operacionais e éticos, algumas medidas foram adotadas, como: orientações para os encontros *on-line* (incluindo normativas sobre modo de funcionamento), sigilo, utilização de fones de ouvido, estratégias ambientais visando assegurar a privacidade da participante, conexão e equipamentos apropriados

(computador, celular), informes sobre alternativas em caso de queda/falha de conexão e interrupções, dentre outros.

4.3 Participantes da pesquisa

As participantes deste estudo foram escolhidas de forma intencional e por conveniência em função de sua importância em relação ao tema. A princípio, estipulou-se a participação de 6 a 8 participantes. Como será posteriormente apontado, a seleção ocorreu por busca ativa e demanda espontânea, respeitando os critérios de inclusão no estudo: a) se identificar como mulher (cis ou trans); b) ter pelo menos 18 anos; c) apresentar pontuação mínima de 111 pontos no Body Shape Questionnaire (BSQ), indicativo de insatisfação moderada com a imagem corporal; d) ter realizado ao menos uma tentativa de modificação corporal há pelo menos dois anos, em decorrência de insatisfação com a imagem corporal, através de dieta e procedimento estético invasivo ou minimamente invasivo (procedimentos cirúrgicos, não-cirúrgicos, injetáveis, perfurocortantes ou escarificantes).

Foram excluídas do estudo as participantes que não contemplaram todos os critérios de inclusão, que não tiveram acesso regular à *Internet* e/ou não concordaram com a participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1) e do Termo de Autorização de Som e Depoimento Para Gravação (TASDPG -Apêndice 2).

O BSQ é uma escala de autorelato sobre imagem corporal. Seu uso teve como objetivo a qualificação dos critérios de inclusão e coleta de dados. A escala é composta por 34 questões autoavaliativas, cuja pontuação total mensura o nível de insatisfação com a imagem corporal. A partir de uma variação de 34 a 204 pontos, o BSQ indica que pontuações inferiores a 80 não configuram insatisfação; entre 80 e 110 pontos, ligeira insatisfação; entre 111 e 140, insatisfação moderada; e a partir de 140, insatisfação grave (Conti, Cordás & Latorre, 2009).

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados através dos seguintes instrumentos e técnicas: a) formulário virtual de triagem para inclusão da participante (Apêndice 3); b) estrutura do

encontro individual para entrevista de triagem (Apêndice 4); b) BSQ (Anexo 1), aplicado no primeiro e último encontro (ambos individuais, para triagem e entrevista, respectivamente); c) sessões psicoterapêuticas em grupo; d) roteiro de campo (Apêndice 5), cujo objetivo consistiu detalhar e monitorar os elementos subjacentes à condução clínica, as condições técnicas e operacionais, bem como o funcionamento da intervenção; d) entrevista semi-estruturada (Apêndice 6), com o objetivo de avaliar o efeito da intervenção proposta na perspectiva das participantes. Ressalta-se que as entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, foram transcritas para melhor aproveitamento dos dados.

4.5 Análise de dados

A partir de uma inspiração no tratamento de dados qualitativos para o aprimoramento de intervenções no campo da Saúde e da Clínica (Faria-Schützer, Surita, Alves, Bastos, Campos & Turato, 2021), os dados foram analisados mediante análise de conteúdo desenvolvida por Bardin (1977), e tratados à luz da perspectiva analítico-comportamental. Dentre as modalidades de análise de conteúdo, a utilizada neste estudo foi a análise temática. Seu objetivo consiste em identificar os núcleos de sentido presentes na comunicação. Para isso, o pesquisador deve identificar as unidades de registro que compõem o material e classificá-las em categorias temáticas. Para realizar essa análise, foram operacionalizadas três etapas: a etapa pré-analítica, a etapa de exploração do material ou codificação, e a etapa de tratamento dos dados e interpretação, conforme sugerido por Minayo (2014).

A etapa pré-analítica tem como objetivo operacionalizar o material a ser analisado. Envolve a sistematização das ideias preliminares a partir da escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e objetivos, e elaboração dos indicadores que fundamentem a interpretação final. O que, neste estudo, envolveu os formulários de triagem, roteiros de campo, e transcrição das entrevistas. Após serem lidos na íntegra, grifei as ideias relevantes, que se repetiram ou foram enfatizadas pelas participantes, além de fazer associações.

Na etapa de exploração do material, são definidas as categorias a partir da codificação e a identificação de unidades de registro, que no presente estudo foram feitas a partir das perguntas temáticas dos documentos analisados e interpretadas a partir do

referencial teórico da Análise do Comportamento. Por sua vez, na etapa de tratamento dos dados e interpretação, os resultados são submetidos a operações que elucidam e destacam as informações obtidas, de modo que o pesquisador possa propor inferências e fazer interpretações correlacionadas ao embasamento teórico utilizado (Bardin, 1977). Nessa etapa final, foram feitas elaborações e explicações com base na análise funcional e clínica dos dados observados.

4.6 Considerações éticas

A pesquisa obedeceu aos parâmetros e itens que regem as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS em conformidade com fins estritamente científicos e acadêmicos. A pesquisa ainda obedeceu a Resolução nº 04, de 26 março de 2020 que regulamenta a prestação de serviços psicológicos por meio de tecnologia da informação e da comunicação no período de pandemia do COVID-19. Saliento que na qualidade de psicóloga clínica, além de pesquisadora, estou cadastrada na plataforma *E-psi* junto ao Conselho Regional de Psicologia.

Assim, foi elaborado o TCLE com o objetivo ser fonte de esclarecimento sobre a pesquisa, visando garantir às participantes a possibilidade de tomar sua decisão de forma justa, sem constrangimentos e por livre e espontânea vontade. Também foi elaborado o Termo de Autorização de Som e Depoimento Para Gravação, para garantir a concordância das participantes acerca da gravação das entrevistas em áudio. Ambos os termos foram construídos no formato virtual, através do *software Google Forms*®.

Em razão da utilização do ambiente virtual para execução da pesquisa, me disponibilizei para assessorar o uso das ferramentas que intermediaram a participação nesta. Com o objetivo de minimizar os riscos característicos do ambiente virtual, foram seguidas as orientações fornecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Ministério da Saúde e pela Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde em 24 de fevereiro de 2021 para procedimentos de pesquisa em ambiente virtual (Ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS). Assim, após a conclusão da coleta de dados a pesquisadora fez o *download* dos registros para um dispositivo eletrônico local, deletando as gravações da plataforma virtual, rede compartilhada ou similares. Foram respeitadas todas as orientações em relação aos procedimentos que envolvem contato virtual ou telefônico com as participantes.

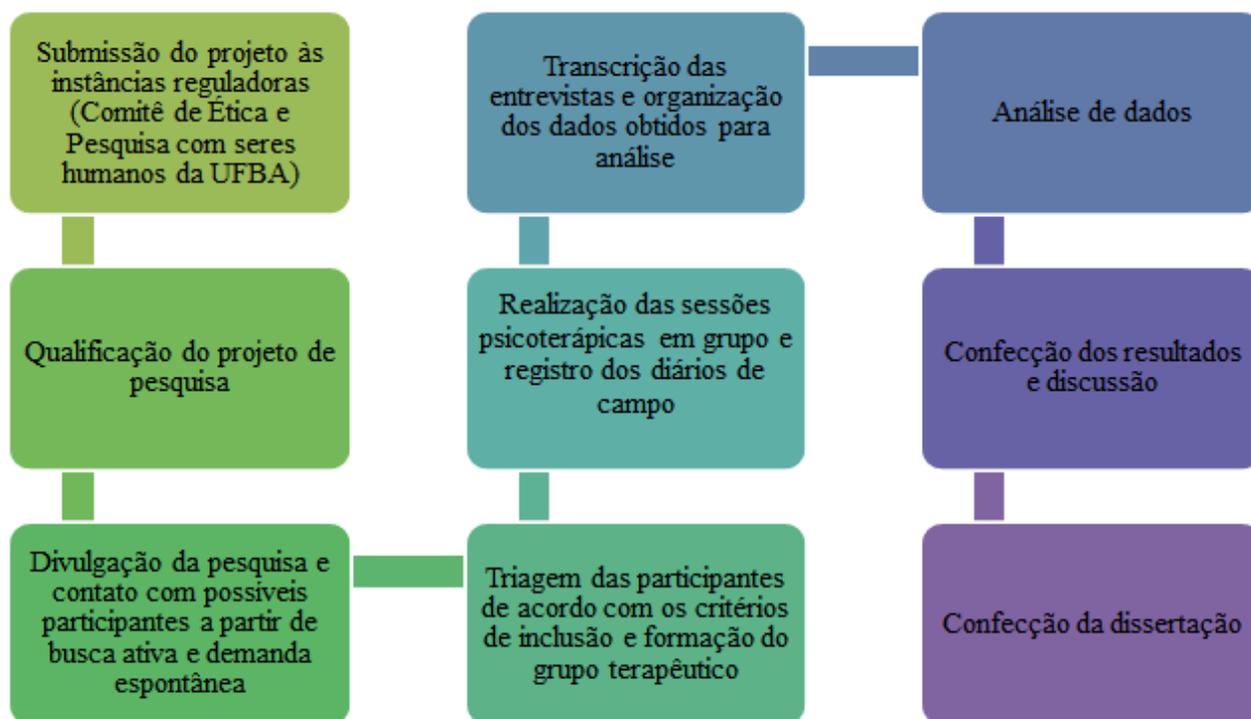
Na qualidade de pesquisadora, me comprometi a oferecer suporte em casos de desconforto emocional frente aos riscos envolvidos na pesquisa, ponderando a realização de encaminhamentos para serviços especializados quando necessário. Estes riscos incluem: invasão de privacidade, necessidade de responder questões sensíveis e mobilizadoras, fornecimento de dados pessoais, constrangimento, desconforto, vergonha e outras reações emocionais desagradáveis durante a participação. Para minimizar os riscos, foi garantida a liberdade da participante em não responder questões, além de interromper ou abandonar a pesquisa a qualquer tempo, sem sofrer qualquer tipo de prejuízo. Além disso, o anonimato das participantes foi mantido, bem como o sigilo e preservação dos dados obtidos.

Por outro lado, o caráter interventivo da pesquisa é apontado como um benefício direto às participantes, uma vez que a abordagem da insatisfação corporal propiciou o autoconhecimento e engajamento em comportamentos de melhora clínica. Ainda, a possibilidade de contribuir científica e socialmente através da produção teórica e do aprimoramento técnico-assistencial emerge como benefício capaz de se refletir na implementação da proposta interventiva em outros serviços psicológicos, alcançando, assim, outras pessoas que enfrentam problemas em relação à imagem corporal. Ressalta-se, porém, o caráter breve do processo psicoterápico contemplado neste estudo. Assim, as participantes foram esclarecidas de que a intervenção psicológica não corresponde a um processo de psicoterapia a longo prazo.

4.7 Procedimentos

A pesquisa foi realizada mediante cumprimento dos seguintes procedimentos:

Figura 1. Procedimentos da pesquisa.



Fonte: autoria própria.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A modalidade de apresentação e discussão dos dados obtidos através desta pesquisa foi inspirada no modelo de relatório de pesquisa-ação de Tripp (2005). Buscarei nesta seção oferecer um panorama descritivo sobre o processo interventivo geral. Num primeiro momento, dissertarei sobre a caracterização das participantes, a análise qualitativa da insatisfação corporal antes da intervenção, as intenções do pesquisador e benefícios previstos. Isto com base nos dados obtidos através da triagem das participantes. Depois, em um tópico próprio devido a sua extensão, abordarei os ciclos da pesquisa-ação. Para tanto, e visando favorecer a compreensão do leitor, me utilizo dos registros realizados ao longo do processo de investigação-ação e quando necessário exponho trechos.

5.1 Caracterização das participantes

A construção deste tópico teve como base os formulários de inscrição e triagem das participantes. Além de breves elaborações sobre os dados sociodemográficos, farei apontamentos a respeito da vivência das participantes no que se refere à imagem corporal

e relação com o corpo, tentativas de modificação corporal via dieta e procedimentos estéticos, suas expectativas, resultados e implicações.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica das participantes.

Participante	Naturalidade	Idade	Escolaridade	Profissão	Estado civil	Renda	1º BSQ*
P1	Sobral (CE)	29	Superior completo	Psicóloga	Solteira	Até 3 salários mínimos	158
P2	Gandu (BA)	22	Superior completo	Auxiliar administrativa	Casada	Até 3 salários mínimos	170
P3	Nossa Senhora das Dores (SE)	53	Superior completo	Servidora Pública	Casada	De 3 a 5 salários mínimos	186
P4	Salvador (BA)	55	Superior completo	Servidora Pública	Divorciada	Até 3 salários mínimos	129

*a nota de corte do BSQ (a partir de ≤ 111 insatisfação moderada com o corpo, ≤ 140 insatisfação grave com o corpo).

Fonte: Autoria própria

Em comum, todas as participantes eram naturais do Nordeste, se definiram como mulheres cis e cursaram o ensino superior. Elas apresentaram uma média de idade de 39,7 anos. A discrepância etária entre P1 e P2 (29 e 22 anos) e P3 e P4 (53 e 55) chamou a atenção para distintas vivências e contingências estabelecidas pelas fases da vida a que estavam expostas. Enquanto jovens adultas, P1 e P2 se encontravam em um momento de ascensão profissional e início de casamento (no caso de P2). P3 e P4, na vivência da maturidade, experienciavam a estabilidade financeira e estabilidade conjugal (no caso de P3). Sabemos que a vida adulta é caracterizada por mudanças consideráveis na vida pessoal e profissional, sendo marcada pela inserção ativa na sociedade. Esta fase costuma vir acompanhada por papéis sociais relacionados a uma série de responsabilidades muitas vezes inéditas (maternidade, conjugalidade, trabalho, etc.). Além disso, é comumente associada ao amadurecimento progressivo, solidificação da identidade, e envolve a inserção ativa na sociedade (Feitoza, Teixeira, Kogure, Zecchin & Ribeiro, 2022).

Outro aspecto a ser considerado sobre as participantes diz respeito ao fato de que todas tinham ensino superior completo. Um estudo fez associação entre a insatisfação corporal e o nível de escolaridade. Nele, os autores apontaram que a insatisfação com a imagem corporal por baixo peso foi observada no público com um nível de escolaridade mais baixo, enquanto a insatisfação corporal por excesso de peso foi mais comum entre

os participantes com maior nível de escolaridade. Eles sugeriram como uma possível explicação que o parâmetro de beleza se diferencie para distintos grupos sociais (Albuquerque, Griep, Aquino, Cardoso, Chor & Fonseca, 2021).

De fato, é importante questionar até que ponto os parâmetros de beleza e o conceito de “belo” são compartilhados ou se diferenciam a depender do grupo social em questão. No entanto, para além dessa questão, penso que é prudente e fundamental explorar as variáveis de raça e classe envolvidas na interlocução entre imagem corporal e marcadores sociodemográficos. Pois é provável que fatores como pobreza, falta de acesso a direitos básicos, exposição a condições precárias de vida, dentre outros, produzam outras maneiras de se perceber e se relacionar com o próprio corpo.

Uma vez que os corpos expressam e escalonam lugares sociais de pertencimento, as marcações corporais estéticas indicam investimentos e conferem valor social aos indivíduos. O consumo de tecnologias e produtos oriundos da indústria da beleza é um modo de expressão de um grupo social no qual as necessidades econômicas não são centrais na relação estabelecida com o mundo. A disposição estética acompanha as condições materiais de existência dos indivíduos. Assim, o poder econômico é uma variável determinante das escolhas e práticas relacionadas aos corpos (vestuário, uso de cosméticos, práticas de embelezamento e modelagem corporal), as quais expressam e indicam o lugar do sujeito no sistema social. Desse modo, o valor estético e valor moral se emaranham ao reafirmarem um lugar social de distinção pelo exercício de ter beleza e de exercitar as técnicas do embelezamento (Marinho, 2018).

No que se refere à associação entre a situação conjugal e imagem corporal, a literatura científica reconhece que a relação afetiva é uma variável que influencia a imagem corporal, mas não há um consenso quanto ao seu efeito (Albuquerque et al., 2021). Enquanto alguns estudos apontam que a situação de conjugalidade reduz as preocupações com a aparência e o engajamento na manutenção de determinada forma física; outros, ao contrário, mostram que a preocupação com a imagem aumenta devido à repercussão desta no relacionamento (Albuquerque et al., 2021). Dentro do que foi possível observar nesse estudo, das duas participantes casadas, apenas P3 fez associação entre a imagem corporal e o relacionamento conjugal. De acordo com ela, a sua aparência atual afeta negativamente o casal e causa incômodos no marido:

Ele não me acusa, [não] me chama de gorda, mas fica subentendido nas entrelinhas que ele me prefere magra porque me conheceu magra. Isso é um ponto dentro da autoestima que me abala. A P3 de hoje que está aqui conversando com você não é a p3 que atraía olhares (P3).

É possível que o efeito da relação afetiva na imagem corporal dependa das especificidades de cada relação, do seu caráter e dinâmica, e do modo como cada membro da relação se percebe e posiciona dentro dela. No caso de P3, é notável a sobrevalorização que ela mesma faz de si na condição de magreza. Também é notável que perder a condição de magreza extinguiu alguns reforçadores que confirmavam, para ela, sua própria atratividade (olhares e elogios), inclusive dentro da relação. Além disso, a perda dessa condição a inseriu num ambiente social que geralmente consequência com punição corpos não-magros.

De acordo com Albuquerque et al. (2021), entre as mulheres casadas é possível que haja interferência da relação com o outro na construção da própria imagem corporal, expectativa e/ou insatisfação do parceiro em relação ao corpo da mulher e suas mudanças ao longo do tempo (o que pode ocorrer de forma direta ou velada), ou, ainda, sentimentos da própria mulher em relação ao parceiro (atratividade percebida ou não). Reiterando que a imagem corporal é construída ao longo de toda a vida a partir da interação com as outras pessoas, é plausível que o relacionamento conjugal seja um importante contexto de (re)configuração desta.

Acrescento ainda que algumas especificidades desse tipo de relação lhe conferem importância enquanto contexto, como por exemplo: tempo de convivência e intimidade (geralmente superiores ao que é encontrado em outras relações interpessoais); solidez e compartilhamento da vida comum; acompanhamento e discriminação das mudanças corporais vividas ao longo do tempo; exposição corporal mais direta e explícita do que em outras relações. Nesse cenário, é provável que os membros da relação estejam mais expostos ao julgamento um do outro, e tenham mais ocasião para sua manifestação (incluindo julgamentos críticos e negativos).

Por fim, com relação à realização de dietas para emagrecimento nos últimos dois anos, duas participantes declararam ter recebido orientação de algum profissional de saúde (P1 e P3), enquanto as outras fizeram por conta própria (P2 e P4). No que tange aos procedimentos estéticos, poucos foram realizados nesse mesmo período, com predominância de depilação a *laser* (P1, P3 e P4), seguida de drenagem linfática (P2 e P3).

5.2 Análise qualitativa da insatisfação corporal antes da intervenção

5.2.1 *Experiências na relação com a forma física: “tenho uma relação de dor com o meu corpo” (P1)*

Todas as participantes apresentaram sofrimento emocional intenso relacionado ao corpo e imagem corporal. Isto foi observado tanto a partir do relato no encontro individual de triagem quanto pelo BSQ, uma vez que três das quatro participantes apresentaram pontuações superiores a 140 pontos, revelando insatisfação grave. Foi possível constatar que tais questões se estendem ao longo da história de vida das participantes, e se articulam a outros aspectos psicológicos, ultrapassando o corpo objetivo. Em síntese, destaca-se que a relação com o corpo e imagem esteve associada a outras esferas e aspectos da vida, não se tratando de uma questão pontual, isolada e recente.

Duas das quatro participantes, (P1 e P2) compartilharam histórico de pressão estética ainda na infância e ao longo da adolescência. Isto é apontado pela literatura como fator de risco para o desenvolvimento de problemas em relação ao corpo e aparência, sobretudo nessa fase do desenvolvimento (Fonseca & Nery, 2018; Vale & Elias, 2011; Feitoza et al., 2022). No caso das participantes, a aversividade relacionada à aparência corporal envolveu avaliações negativas sobre o corpo, feitas por terceiros (sobretudo por familiares). Consequentemente, as participantes passaram a reproduzir tal avaliação em relação a si. Ter sido uma criança gorda foi uma variável comum entre elas, acompanhada de construções verbais e atribuição de qualificações depreciativas com base na aparência. Como discutido anteriormente, as variáveis históricas são particularmente importantes no que se refere à imagem corporal. Elas atuam como determinantes das relações verbais aprendidas em torno do corpo, aparência e identidade, e fundamentam as autorregras construídas ao longo do processo (Vale & Elias, 2011).

Para essas participantes, a relação com o corpo foi construída a partir da ênfase nas características corporais reprovadas pela comunidade verbal em detrimento daquelas valorativas e admiráveis. Logo, tatos sobre a aparência e autoreferências depreciativas predominaram, o que se refletiu em experiências de desconforto, insatisfação e rejeição do próprio corpo ao longo da vida. E, finalmente, no aumento da frequência de comportamentos de remoção e minimização das características corporais indesejáveis, desde fazer dietas e apresentar comportamentos típicos de transtorno alimentar (no caso

de P2) até se curvar/encolher para esconder o corpo, acarretando problemas de coluna (no caso de P1).

Estes achados estão em consonância com as discussões feitas por Vale e Elias (2011) a respeito de como a aversividade condicionada a determinadas formas corporais promove sofrimento, insatisfação corporal, e o favorecimento de repertórios de fuga-esquiva. Considerando o histórico de transtorno alimentar de P2, é válido acrescentar um breve apontamento. Pessoas com esse tipo de transtorno apresentam níveis elevados de insatisfação corporal. É usual estarem expostas a avaliações baseadas em referências externas, como, por exemplo, serem comparadas com outras pessoas do seu convívio. Uma característica comum entre famílias de pessoas com transtornos alimentares consiste, justamente, na sobrevalorização da aparência (Nobre et al., 2010). O compartilhamento de variáveis comuns a este público pode ser importante do ponto de vista clínico, considerando seus efeitos potenciais e influência na relação com o corpo.

Para a maioria das participantes (P2, P3 e P4), a relação com o corpo se tornou especialmente difícil e promotora de sofrimento emocional a partir da experiência de ganho de peso e modificação da imagem corporal. Sua ocorrência esteve associada a mudanças consideráveis em termos de contingências e contextos mais amplos, os quais envolveram experiências emocionalmente significativas. Com efeito, a pandemia exerceu um papel relevante nesse processo. Muitos fatores contribuíram para o aumento de peso durante esse período, o que implicou na alteração da percepção e avaliação negativa de si (He, Xian, Lv, He & Ren, 2020; Souza, Rudá & Castelo Branco, 2022). As contingências aversivas apresentadas (incontrolabilidade, confinamento social, perda de acesso a múltiplos reforçadores, etc.), contribuíram para a alteração da função do comportamento alimentar e aumento do valor reforçador de determinados alimentos (Souza et al., 2022).

No caso de P2 e P4, a pandemia modificou bruscamente a rotina, impossibilitou o acesso a diversos reforçadores, implicando em privação social e isolamento – momento em que a comida se tornou um reforçador imediato e, por vezes, quase exclusivo. Para ambas as participantes, a ansiedade contribuiu para a modificação do comportamento alimentar (aumento de ingestão alimentar, sobretudo de alimentos gordurosos). Assim, a comida passou a ser utilizada como uma estratégia de controle emocional e como forma de enfrentamento da aversividade experienciada (incluindo as contingências ansiogênicas), culminando no ganho de peso e insatisfação corporal (Souza et al., 2022). Já para P3, cujo ganho de peso foi resultante de suas gestações (que abarcam uma série

de mudanças na dinâmica de vida em geral.), e o impacto causado pela pandemia ocorreu no sentido de potencializar dificuldades que já vinha enfrentando nesse sentido.

Apesar das especificidades que distinguem a experiência de cada participante, efeitos comuns foram observados acerca da relação com o corpo e imagem corporal: autoaversão (por si e pelo corpo), sentimento de irrealidade, despersonalização, não reconhecimento de si, desejo intenso de “recuperar” o corpo anterior, fuga e esquiva de situações e contextos onde a exposição corporal fosse inevitável, incluindo se olhar no espelho. O ganho de peso também contribuiu para a perda de acesso a reforçadores (admiração das pessoas, validação), privações autoimpostas (deixar de frequentar espaços interativos, ir à praia) e punições (comentários depreciativos, dificuldade para transitar e ocupar determinados espaços). Nesse processo, a autoculpabilização pela mudança física se manteve constante, e engajamento em comportamentos de modificação corporal, sobretudo dietas, aumentou de frequência.

5.2.2 Estabelecimento da relação corpo-self

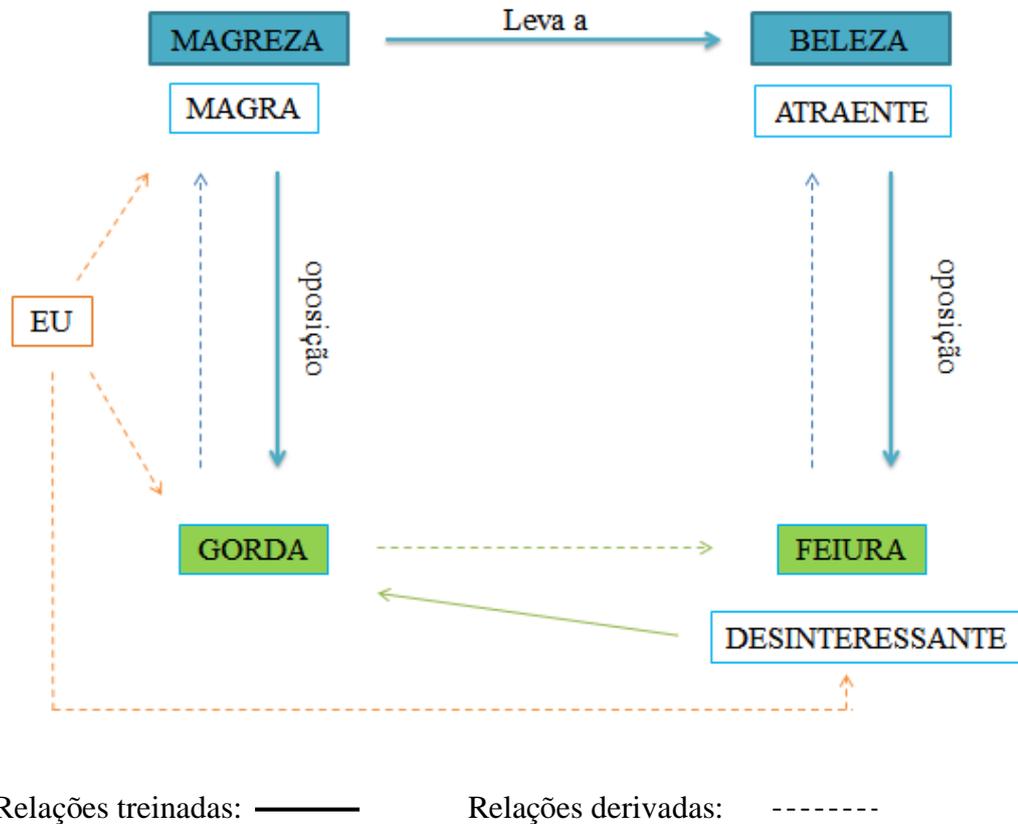
Resgato o apontamento anterior acerca da relação entre imagem corporal e identidade para discutir os relatos de P3 e P4:

Sempre tive muita aceitação com o corpo mesmo sendo falsa-magra (...) o corpo não era um problema, me sentia bem com o corpo que tinha. A medida que fui tendo gestações, três no total, o corpo foi mudando e eu não conseguia mais perder os quilos que fui ganhando. Comecei a tomar remédios para emagrecer, emagrecia e depois engordava de novo. Estou com 106kg e a imagem que tenho de mim é a do passado, não me reconheço com essa imagem, a pessoa que vejo no reflexo não parece ser eu (P3).

Para a participante, o ganho de peso modificou a sua relação com o seu corpo, que, nesta nova forma, gera insatisfação e desejo de modificar aparência (voltar ao peso e forma anterior). A sua imagem corporal magra constitui o seu senso de identidade, e, portanto, numa configuração corporal gorda, a participante não reconhece esse corpo como sendo dela. A despeito de discretas variações de peso ao longo da vida, P3 manteve uma forma corporal mais ou menos estável e constante. Com a mudança de peso, novas características físicas objetivas foram apresentadas, bem como novas descrições, significados simbólicos e relações verbais (que são incompatíveis com as anteriores). Por exemplo, se antes era “magra” (característica física), descrita como “magra” (descrição), qualificada e reconhecida como “bonita” e “atraente” (significado), agora é “gorda”,

descrita como “gorda”, qualificada e reconhecida como “feia” e “desinteressante”. Não se trata simplesmente de uma mudança em termos físicos e objetivos. A relação entre o corpo e o Self envolve relações verbais aprendidas acerca da identidade que o corpo “materializa” e expõe. A modificação literal do corpo engendrou mudanças mais amplas na cadeia de relações verbais:

Figura 2. Relações verbais.



Fonte: autoria própria.

A partir da figura 2, é possível observar que as relações verbais envolvem o aprendizado de que “magreza” leva a (moldura de causalidade) “beleza”, isto é, ser considerada atraente. Ao mesmo tempo, há também a aprendizagem prévia de relações de oposição, como “bonita” é o oposto de “feia”; “magra” é o oposto de “gorda”. Através da transformação de função, há a emergência da aprendizagem indireta entre esses elementos, como no exemplo: “gorda” leva a “feia”, ou seja, ser considerada desinteressante/não atraente. Os estímulos verbais passam a pertencer a uma mesma classe de estímulos; e estes, então, passam a compartilhar suas funções entre si (via transformação de função), incluindo as funções eliciadoras. Se as palavras “gorda”,

“feia”, “desinteressante” tiverem uma aprendizagem prévia de eliciação de respondentes aversivos, então o corpo e a concepção de si poderão também eliciar tais respondentes – o que é o caso das participantes. Uma vez que as relações verbais estabelecidas pelo corpo de maior peso são aversivas, o corpo acaba por se tornar também aversivo. A nova imagem, equivalente a estímulos aversivos como feiura e inferioridade, gera comportamentos de fuga e esquiva diante da nova aparência – perante a qual a pessoa não se reconhece. Desse modo, a aversividade associada a “gorda” passa para o “eu”, e todas as funções discriminativas e eliciadoras passam a ser compartilhadas por transformação ou transferência de função (Hayes et al., 2001).

Isso também foi observado no caso de P4, cujos relatos com frequência revelaram a fixação em determinado peso/forma corporal concebido e definido por ela como seu: “[o corpo] estava me incomodando muito. Principalmente pelo fato de eu não me ver nesse corpo e eu nunca ter esse corpo” (P4).

5.2.3 Repertório de enfrentamento do corpo vivenciado como aversivo e as tentativas de modificação corporal: “queria entrar numa cabine e sair magrinha” (P3)

Enquanto a dieta foi a principal via utilizada para modificar a aparência corporal, os procedimentos estéticos ocuparam lugar secundário e acessório. Emagrecer foi o objetivo central de todas as participantes em relação à aparência, e a dieta consistiu no principal recurso que estas vinham utilizando não apenas atualmente, mas ao longo de grande parte da vida. O emagrecimento aparece no relato de P1, P3 e P4 como solução para descontentamentos e insatisfações, e como via de acesso ao formato corporal idealizado. Visto que pretende remodelar a aparência a partir da redução de medidas antropométricas, o emagrecimento se revela um importante reforçador negativo para as participantes.

É importante destacar que além de estar condicionado à aversividade, o peso é considerado pelas participantes um símbolo material de inadequação e fracasso social. Assim, removê-lo parece ser uma alternativa que cumpre dupla função: modificar a aparência objetiva e transformar as qualificações verbais associadas, realocando a pessoa a outra posição dentro da comunidade verbal da qual faz parte. No entanto, é um processo descrito como difícil e caracterizado por múltiplas privações autoimpostas. Em suma, um sacrifício que na experiência das participantes tem

resultados malsucedidos (não conseguem emagrecer efetivamente e/ou vivem efeito sanfona): “já paguei preço muito alto fazendo dieta. Ter que cortar todo tipo de doce, álcool, carboidrato, faz cansar da dieta. Emagrecer envolve emagrecer a mente (...) essa situação causa ansiedade, depressão. Acabo me escondendo” (P3).

Diferente do que foi observado em relação à dieta, com relação aos procedimentos estéticos as participantes não relataram grandes expectativas em termos de mudança na imagem corporal, e se mostraram menos frustradas com os resultados obtidos. Enquanto a drenagem linfática resultou em efeitos satisfatórios apenas momentânea e parcialmente, a depilação a laser foi satisfatória – embora nenhuma das participantes tenha relatado desejo significativo de fazer tal procedimento, nem o apontado como uma necessidade. A depilação esteve associada à praticidade, higiene e sensação de limpeza. E a drenagem linfática uma forma de potencializar o efeito da dieta, no caso de P3, e uma solução imediata para uma situação específica (cabem no vestido que usaria em um evento), no caso de P2.

Outra implicação observada em relação ao ganho de peso se refere a vivência de perdas como, por exemplo, da segurança sobre si, da possibilidade de ocupar espaços, da viabilidade de existir em uma forma corporal diferente – e, neste caso, socialmente reprovável – além da perda de autonomia. Para P4, houve uma importante mudança em sua relação com a possibilidade e autonomia para escolher, sobretudo em relação às roupas:

Me incomoda muito porque não escolho a roupa que quero vestir, o guarda roupa que escolhe. E a roupa que me cabe não é a que quero vestir (...) hoje abro o guarda roupa e vejo o que vai dar, o que vai caber, sem incomodar, sem apertar. Ao mesmo tempo não quero comprar roupa de gordo e ficar nesse peso. Quando você escolhe o que vai vestir você está fazendo sua opção, a escolha é uma opção, o caminho é uma opção, e quando não tem essa opção fica frustrado (P4).

As múltiplas tentativas de modificar a aparência repercutiram e afetaram as participantes de modos distintos. Para P1, os insucessos potencializaram sentimentos de insegurança e incapacidade em outras esferas da vida, incluindo relacionamento, trabalho e desempenho em outras atividades (incluindo atividade física, visto que antecipa performance insatisfatória). Além disso, ênfase na aparência objetiva se tornou predominante, desviando a atenção sobre outros aspectos de si. Para P2, a principal repercussão foi a perda do tempo de vida, e a priorização da aparência em

detrimento de outros aspectos relevantes da vida e de si mesma: “quando mais deveria estar focada em mim mesma eu estava focada em emagrecer” (P2).

Enquanto isso, P3 observou a falha diante do objetivo de melhorar a aparência, uma vez que modificar a imagem não aconteceu de forma significativa ou definitiva, apesar de todos os esforços empregados. Por fim, P4 descreveu a vivência não de um efeito, mas de um processo contínuo que vem experimentando ao longo do tempo, este associado ao controle de si a partir do corpo:

Vejo [as tentativas de modificar a aparência] como um processo de tentar controlar sempre, que é o que eu fiz a vida toda, controlando pra não comer, pra poder não engordar (...) nesse momento, desde a pandemia, não to conseguindo focar para fazer. A pandemia contribuiu, aumentou a ociosidade, ansiedade, mas a culpa não é só da pandemia. A responsabilidade do processo de engorda é minha pois algumas pessoas até conseguiram emagrecer na pandemia. Estou quase 15kg acima do peso (P4).

Neste caso, chama a atenção o modo como a participante se responsabiliza quase exclusivamente pelo ganho de peso e forma corporal. Partindo de uma lógica meritocrática na qual as mudanças desejadas dependem única e completamente do próprio esforço, sem considerar as variáveis ambientais e filogenéticas. É perceptível que P4 se culpabiliza pelo próprio desempenho, este associado ao fracasso e demérito. Além disso, se compara ao que imagina ser a realidade de outras pessoas, revelando uma concepção internalista de mudança e o desconhecimento das variáveis sociais e externas.

Sabe-se que a urgência pela perda de peso tem contribuído para o surgimento de variados tipos de dietas, sobretudo restritivas (Job & Soares, 2019). Embora dietas sejam constantemente buscadas, seus resultados tendem a ser insustentáveis. Cerca de 50% do peso perdido após a dieta é recuperado após um ano. Para a maioria dos indivíduos, quase todo o peso perdido remanescente é recuperado posteriormente. A probabilidade de atingir o peso normal ou manter a perda de peso é baixa (Ochner, Barrios, Lee & Pi-Sunyer, 2013).

Muitos fatores combinados explicam o insucesso das dietas, embora a responsabilização do indivíduo ainda seja uma constante no imaginário popular e nos discursos de saúde. A combinação de fatores biológicos, psicológicos e ambientais cria uma disposição biológica que promove a manutenção do peso corporal elevado, bem como trabalha para restaurar o mais alto peso corporal sustentado, impedindo, assim, a perda de peso a longo prazo. A perda drástica de peso é “percebida” pelo corpo

como uma ameaça à sobrevivência, de modo que há uma alteração metabólica e hormonal que aumenta a fome. Algumas abordagens nutricionais, como a Nutrição Comportamental, consideram a prática de dietas contraproducentes e ineficazes, contraindicando dietas restritivas por compreender seus prejuízos no comportamento alimentar (Ochner et al., 2013; Job & Soares, 2019).

Ao se engajarem em ações de modificação corporal, a expectativa das participantes consistiu em alcançar beleza e estar dentro de um padrão estético considerado aceitável. Elas apresentavam expectativas elevadas que envolviam não apenas a modificação do corpo concreto, mas da própria vida. O relato de P1 respeito da tentativa de modificar a aparência através de emagrecimento é ilustrativo: “esperava alcançar beleza porque beleza permite alcançar felicidade e sucesso” (P1).

Ser magra foi apontado como condição para felicidade, sucesso, satisfação pessoal, e para a vivência de experiências das quais se privavam no momento presente – ou que viviam com dificuldade e de modo conflitante (como, por exemplo, deixar de ir pra praia, usar biquíni, recusar saídas, etc.). Visto que os resultados de tais ações foram, em geral, fracassados ou efêmeros, as participantes observaram manutenção e piora das preocupações relacionadas à aparência. A minimização dessas preocupações acompanhou a duração dos resultados: uma vez que se apresentaram temporários, também a satisfação corporal foi temporária, e assim a insatisfação com a imagem retornava ao seu ponto de partida. Isto se refletiu em sentimentos de insuficiência e incapacidade – subproduto emocional da contingência –, já que por mais que se engajassem em tentativas de modificação da aparência, tais esforços ora foram mal sucedidos, ora insuficientes.

Desse modo, é possível notar que o corpo magro emerge como sinalizador de reforçadores, apontando para uma relação de condicionalidade. As regras verbais construídas por responder relacional (“magreza leva a sucesso/atenção/afeto” – moldura de relação condicional), passam a estabelecer controle verbal sobre os comportamentos relacionados a imagem corporal. Ao perceber sua forma corporal como diferente do padrão estético vigente (moldura de oposição), as propriedades eliciadoras e/ou reforçadoras dos estímulos da classe podem emergir via transformação de função (Hayes et al., 2011).

É possível, então, que o sujeito veja o corpo fora do padrão com valores opostos (moldura de oposição) ao do corpo padrão. Logo, se o corpo magro (branco, jovem, etc.) leva a reforçadores positivos e valorosamente bons, por oposição, o corpo gordo (negro,

velho, etc.) passa a sinalizar estímulos aversivos e valores avaliados negativamente. Nesse sentido, o engajamento em comportamentos direcionados à alteração da aparência corporal teria como função a modificação das variáveis que controlam o comportamento da comunidade verbal (Oliveira Zin et al., 2022).

A qualidade das expectativas diante dos procedimentos de modificação corporal é um ponto relevante de discussão. Oliveira et al. (2022) fazem um caminho argumentativo a respeito das intervenções de afirmação de gênero no caso de pessoas trans. Farei aqui um breve paralelo pensando na imagem corporal.

As decisões que visam modificações corporais, quando baseadas em regras consistentes com as contingências vigentes, e orientadas para a produção de reforçadores possíveis tem maior probabilidade de promover efeitos positivos. Por exemplo, emagrecer tendo em vista uma perda de peso plausível, compatível com as condições ambientais, recursos e biológicas atuais (acesso a alimentação saudável, espaço e tempo para prática de exercícios físicos, metabolismo, etc.). Partindo, ainda, do entendimento de que a redução de medidas antropométricas poderá reduzir as chances de comentários negativos sobre o corpo, mas não eliminá-las completamente (já que a pressão estética poderá ocorrer de outras maneiras, sob controle de diferentes estímulos, como cabelo, pele, etc.). Finalmente, reconhecendo que o emagrecimento não é uma garantia de felicidade, sucesso, afeto, etc., pois tais consequências se relacionam a outras contingências, mais amplas, que extrapolam a forma física.

Em contrapartida, decisões baseadas em regras inconsistentes com a realidade e cujas consequências previstas se configuram irreais ou ilusórias provavelmente resultarão em frustrações, arrependimento ou manutenção da evitação corporal. Como, por exemplo, fazer cirurgia para remover gordura abdominal para “voltar ao corpo de antes” e “ser atraente”. A cirurgia poderá reduzir medidas corporais, mas não será capaz de recuperar um corpo que já não existe. Afinal, com o tempo o corpo envelhece e é modificado natural e progressivamente. Além de não depender apenas da forma corporal, “ser atraente” extrapola os limites de qualquer resultado cirúrgico pois envolve a vivência de outras pessoas (o que foge do controle individual).

Uma pessoa que reduz medidas corporais pode continuar sofrendo pressão estética, julgamento social, aversividade relacionada ao corpo e permanecer na condição de não-atratividade. Inclusive, no caso de algumas participantes, ter o corpo magro (hoje desejado) não envolveu a experiência subjetiva de “felicidade” e “bem-estar”. Pelo contrário: no caso de P2, por exemplo, ainda que tivesse o corpo muito mais magro do

que o atual, permanecia insatisfeita e exposta a condições aversivas de vida. Portanto, conceber que modificações corporais podem modificar radicalmente as condições mais amplas de vida pode resultar em frustrações, desconforto, desespero e desamparo quando as expectativas a médio e longo prazo não se cumprem.

A negligência dos aspectos funcionais das escolhas relacionadas a modificação corporal pode privar as mulheres de reconhecerem as consequências realísticas das mudanças desejadas. O sofrimento pelo corpo considerado inadequado com frequência mobiliza o entendimento de que a satisfação corporal só será alcançada devido à conformação de seus corpos à norma. No entanto, há que se considerar que a insatisfação é produzida pelas normas, e não inerente ao corpo em si. É a sociedade com seus valores culturais que anula corpos “desviantes” como autênticos e desejáveis – ainda que estes corpos sejam a maioria representativa (Oliveira et al., 2022).

De modo geral, as participantes relataram uma percepção de piora na relação com o corpo, bem como aumento de preocupação com a aparência e comparação social. Elas também comparavam seus corpos atuais com os que tiveram em outros momentos da vida, com ênfase exclusiva no peso. Nesse processo, desejavam recuperar o corpo anterior, cujas medidas eram menores. É interessante notar que elas avaliavam positivamente o corpo passado, sendo capazes de discriminar características admiráveis e valorosas. Ao contrário do que acontecia no passado, quando elas também estavam insatisfeitas com seus corpos e se concentravam nas características que consideravam negativas, desejando modificá-las. Essa compreensão levou a reflexões sobre como a insatisfação com a aparência é uma realidade constante, independentemente do formato corporal. Portanto, a insatisfação corporal foi concebida como uma realidade inevitável, como discutido amplamente por Wolf (2020).

Ao ficar sob controle das características consideradas desagradáveis e/ou apontadas como inadequadas (peso), focar na modificação corporal (emagrecimento) como forma de enfrentamento e adotar um viés internalista, as participantes se mantiveram num ciclo de autoaversão. O qual se caracterizou por insatisfação corporal e sofrimento, prejudicou a capacidade de apreciar e valorizar qualidades e implicou na perda de acesso a reforçadores.

5.3 Intenções da pesquisadora e benefícios previstos da intervenção

O levantamento teórico realizado para confecção desta pesquisa permitiu compreender a temática do ponto de vista que a norteia (i.e., estudo interventivo de orientação comportamental e voltado para mulheres com insatisfação da imagem corporal). A partir disso, construí um modelo de intervenção que pudesse servir como base para a execução dos ciclos da pesquisa-ação, e assim contemplar os conteúdos, elementos e fatores terapêuticos identificados como essenciais na abordagem de tal demanda clínica.

Em síntese, as intenções e benefícios previstos incluíram pontos mais imediatamente relacionados à aplicação da intervenção em si e outros relacionados aos resultados derivados. No primeiro caso, fez parte das expectativas da pesquisadora promover e viabilizar efeitos positivos na saúde mental das participantes e de melhora terapêutica em geral, abrangendo principalmente o aumento de comportamentos de autocuidado e autocompaixão, minimização de autodescrições negativas/depreciativas sobre si e sobre o corpo, aumento de autodescrições positivas/valorativas, ampliação da percepção pessoal para além da aparência objetiva, reconhecimento das variáveis sobre as quais os comportamentos envolvidos na insatisfação corporal são função, identificação de elementos culturais como promotores de insatisfação corporal, aumento de flexibilidade psicológica e de comportamentos valorosos e ampliação do repertório de autoconhecimento.

6 CICLOS DA PESQUISA-AÇÃO

O ciclo da pesquisa-ação contemplou quatro etapas, como ilustra a Figura 3. Dissertarei sobre cada uma delas buscando descrever seu percurso e o que foi observado e identificado ao longo do processo.

Figura 3. Ciclos da pesquisa-ação.



Fonte: autoria própria.

6.1 Planejamento

6.1.1 Estratégias de recrutamento e sensibilização das participantes

A primeira ação de planejamento da intervenção consistiu na criação das ferramentas de triagem por meio eletrônico, todos via *software Google Forms*®. Como já apontado, os instrumentos incluíam o formulário de inscrição na pesquisa (contendo o BSQ), formulário de triagem, e os termos de concordância para participação na pesquisa (TCLE e TASDPG). Em seguida, no dia 12/08/2022, foi criada a página no *Instagram*® para divulgação da pesquisa e alcance de potenciais participantes (intitulada @meucorponaomedefine_). Na página, foi inserido um *link* de acesso direto para o formulário de inscrição.

As primeiras postagens publicadas tiveram como objetivo apresentar a pesquisadora e a proposta da pesquisa. As postagens seguintes se propuseram a levar questionamentos reflexivos e conteúdos que despertassem o interesse pela temática, de acordo com um cronograma previamente construído. Neste, elegeu-se temáticas

relacionadas à pesquisa, como, por exemplo, autoestima, gênero e autoimagem, padrão de beleza, imagem corporal e valores, dentre outros. A frequência de publicações autorais ficou definida em postagens semanais, de modo a evitar a sobrecarga de produção de conteúdo e confecção de arte para publicação. Além disso, publicações de outras páginas correlatas foram feitas em formato de compartilhamento nos *stories*, no intuito de movimentar a página e aumentar seu engajamento.

6.1.2 Divisão de tarefas entre as pesquisadoras

Neste primeiro momento, as ações foram desempenhadas pela pesquisadora principal e assistente através da seguinte divisão de tarefas: na qualidade de pesquisadora principal, elaborei os conteúdos para publicação no *Instagram*®, fiz a curadoria de fotografias autorais para as publicações, produzi vídeos curtos nos *stories* para detalhar aspectos relacionados à pesquisa, conduzi os encontros individuais com as participantes e confeccionei seus respectivos registros. Por sua vez, a pesquisadora assistente⁶ se responsabilizou por formatar as artes para publicação e publicá-las nos dias agendados, avaliar as inscrições realizadas com base nos critérios de inclusão e exclusão, calcular o BSQ e categorizar as inscrições entre dois grupos de participantes, aquelas com potencial de serem incluídas no estudo e aquelas excluídas ou não-incluídas.

6.1.3 Inscrições

As inscrições foram abertas em agosto de 2022 e divulgadas amplamente pelos envolvidos na pesquisa em diversas redes sociais, a exemplo do *Whatsapp*® e *Facebook*®, por parte das pesquisadoras, orientadoras e outros colegas do programa de pós-graduação. Optou-se por iniciar a divulgação antes da criação do *Instagram*® visando otimizar o tempo (já que tal processo demandou organização e construção de outras ferramentas). Em setembro, as inscrições foram encerradas devido ao cumprimento dos objetivos estabelecidos (encontrar as participantes para a pesquisa).

6.1.4 Triagem

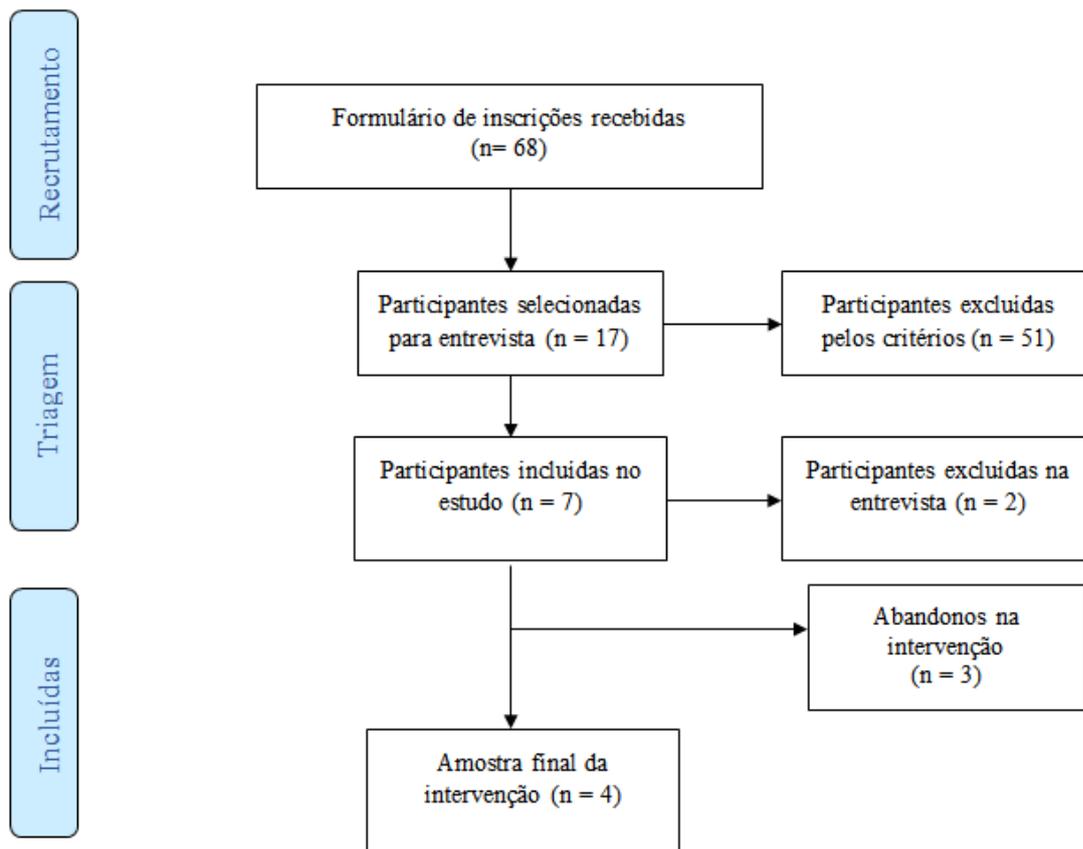
O processo de triagem deste trabalho ocorreu entre agosto e setembro de 2022, por meio das ferramentas e estratégias descritas anteriormente. A avaliação das inscrições ocorreu através da leitura das informações dispostas no formulário de inscrição,

⁶ É válido esclarecer que a pesquisadora assistente possuía treinamento de pesquisa e clínico para colaborar com as atividades de sua responsabilidade.

conferência destas em relação aos critérios de inclusão, cálculo do BSQ e categorização das informações em planilha. Após análise das inscrições, as participantes em potencial foram selecionadas. Em seguida, foi feito contato individual, inicialmente por e-mail e Whatsapp®, seguido do agendamento de um primeiro encontro virtual síncrono. Neste encontro foi realizada a entrevista de triagem com o objetivo de confirmar as informações dispostas na inscrição, explorar a relação das participantes com a aparência e insatisfação corporal, além de esclarecer dúvidas, objetivos e formato do grupo terapêutico. O formulário de triagem foi utilizado como roteiro semi-estruturado da entrevista, e durante sua realização foram feitos registros simultâneos em bloco de notas. Por fim, as assinaturas do TCLE e TASDPG foram coletadas. As participantes que não foram incluídas na pesquisa receberam um e-mail com a explicação pela decisão de não-inclusão.

6.1.5 Amostra final

Foi contabilizado um total de 68 inscrições, das quais 51 foram excluídas ou não incluídas por não atenderem a todos os critérios de inclusão da pesquisa. 17 participantes atenderam a todos os critérios de inclusão e, portanto, foram categorizadas como participantes em potencial, sendo selecionadas para a etapa seguinte da triagem (entrevista). Destas, foram incluídas no grupo aquelas que compareceram ao encontro individual, atenderam a todos os critérios de inclusão e apresentaram disponibilidade para participar dos encontros grupais nos dias e horários pré-estabelecidos – um total de 7 participantes. O fluxograma 1 ilustra o processo de triagem que resultou na amostra final da intervenção:

Fluxograma 1. Triagem das participantes e definição da amostra final da intervenção

Fonte: Autoria própria

6.1.6 Formato da intervenção

A composição da intervenção está ilustrada na Figura 4. O grupo foi realizado na modalidade *on-line*, teve cinco encontros, cada um com duração média de 1h30min. Foi conduzido durante o mês de setembro de 2022, na frequência de duas vezes por semana. Um grupo de Whatsapp® foi criado para facilitar a comunicação e o compartilhamento de informações, bem como oferecer contexto para a interação entre as participantes.

Figura 4. Estrutura e composição da intervenção.

Ação	Objetivo
Entrevista individual de triagem	Conferir informações disponibilizadas no formulário de inscrição, verificar o cumprimento de todos os critérios de inclusão, explicações sobre o funcionamento, estrutura e objetivos do grupo terapêutico, esclarecimento de dúvidas, assinatura do TCLE.
Primeira sessão terapêutica	Apresentação das pesquisadoras e participantes, revisão do contrato terapêutico, levantamento de queixas e objetivos terapêuticos.
Segunda sessão terapêutica	Apresentação das participantes que faltaram ao primeiro encontro. Atividade em conjunto. Identificação de autodescrição, valores e esquivas. Autocuidado e autocompaixão frente às características corporais (sobretudo as insatisfatórias). Sensibilização e proposição de questionamentos sobre a reprodução de pressão estética e autoaversão.
Terceira sessão terapêutica	Socialização da tarefa de casa “me olhando com bons olhos”. Abordagem do histórico de aprendizagem sobre imagem corporal e conceito de identidade.
Quarta sessão terapêutica	Socialização da tarefa de casa “carta ao corpo” para trabalhar autocompaixão, autocuidado e construções verbais referentes à imagem corporal e identidade. Flexibilização de autorregras relacionadas ao corpo/aparência e fortalecimento de referenciais positivos e compatíveis com a realidade. Ampliação de descrição do corpo e de si mesma, visando incluir aspectos/características positivas/de apreciação pessoal.
Quinta sessão terapêutica	Fechamento da vivência grupal a partir da tarefa de casa. O corpo para além da aparência objetiva, autocompaixão, ampliação da autodescrição e flexibilização de autorregras depreciativas foram conteúdos-alvo do encontro. Questões anteriormente trabalhadas e impressões das participantes foram retomadas para fechamento do grupo.
Entrevista individual de avaliação da intervenção	Identificar a percepção das participantes acerca da experiência de participação no grupo, avaliação do processo terapêutico, dos resultados e efeitos observados, e impressões a respeito da modalidade da intervenção.

Fonte: autoria própria.

6.2 Ação

6.2.1 Estrutura do grupo psicoterapêutico

Para melhor elucidar o processo de implementação da intervenção, serão apresentados os quadros correspondentes a cada encontro terapêutico após a reavaliação, revisão e modificações realizadas no decorrer do processo de ação-investigação. Neste momento de implementação da intervenção, a divisão de tarefas entre as pesquisadoras foi estabelecida a partir das demandas apresentadas pelo grupo. Na função de terapeuta, a pesquisadora principal conduziu o grupo e realizou as intervenções clínicas. Por sua vez, a pesquisadora assistente atuou como co-terapeuta e se responsabilizou pelos registros simultâneos durante as sessões. Além disso, os encontros de supervisão clínica com a co-orientadora de pesquisa foram realizados semanalmente. O objetivo das supervisões consistiu em discutir cada encontro do ponto de vista teórico e prático. As análises resultantes serviram para que o encontro seguinte fosse reavaliado e modificado conforme necessário.

É importante salientar que a partir da vivência e execução dos encontros em grupo, algumas mudanças foram implementadas – o que é comum e esperado dentro da lógica metodológica que fundamenta este trabalho, bem como no próprio trabalho clínico. Assim, nem todos os elementos interventivos foram seguidos à risca. Em alguns casos, foi preciso suprimir atividades que haviam sido pensadas, e em outros, substituí-las ou adaptá-las. A fim de tornar a compreensão do leitor mais clara e fluida, nesta seção serão apresentados apenas a estrutura de cada encontro após sua revisão e aprimoramento, e na seção seguinte as modificações implementadas no curso da intervenção serão apontadas e discutidas como parte dos resultados encontrados por sua aplicação (já que a necessidade de modificação revela novos dados, efeitos e observações constatadas na prática). Assim, embora nem todos os aspectos interventivos tenham sido implementados de modo fidedigno a estrutura de cada encontro, a maior parte das descrições expostas nesta seção se manteve fiel ao que foi executado na prática – e por isso se considera importante sua apresentação ao leitor.

Quadro 1. Estrutura do primeiro encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.

1º SESSÃO PSICOTERÁPICA EM GRUPO		
Objetivo: apresentação da pesquisadora, pesquisadora assistente e as participantes do grupo; discutir e estabelecer contrato terapêutico ⁷ de funcionamento do grupo (Apêndice 7); identificar queixas e fazer levantamento dos objetivos terapêuticos.		
Método		
Momento	Objetivo	Intervenções clínicas
Acolhimento/apresentação do grupo e integrantes	<p>Estimular interação entre as participantes</p> <p>Criar condições para que as participantes possam se conhecer e estabelecer relação de identificação</p> <p>Criar condições que favoreçam o entrosamento do grupo</p> <p>Construir ambiente de leveza, espontaneidade e pertencimento.</p> <p>Função da fofoca: explorar elementos/características identitárias para além das normativas sociais em torno de “quem sou eu” (como o trabalho, idade, aparência, etc.).</p>	<p>Perguntas abertas e estratégia de quebra-gelo: “diga seu nome, de onde você fala e conte uma fofoca sobre você”.</p>

⁷ Contrato terapêutico consiste na explicitação verbal, feita pelo terapeuta, de um conjunto de contingências pelas quais a relação será controlada. Isto inclui local, modalidade, horário, periodicidade e duração dos atendimentos, objetivos e funções do processo terapêutico, honorários, limites e regras de funcionamento em geral (Ribeiro, 2006).

<p>Estabelecimento de contrato</p>	<p>Trazer explicações breves</p> <p>Esclarecer possíveis dúvidas</p> <p>Firmar acordos a respeito dos tópicos abordados no contrato, incluindo: frequência, sigilo, co-construção e colaboração mútua frente ao grupo, participação ativa nas atividades, questões referentes a modalidade <i>on-line</i> dos encontros, etc.</p>	<p>Revisão do contrato terapêutico disponibilizado previamente no grupo de <i>Whatsapp</i> a partir de exposição do documento para leitura dinâmica conjunta.</p>
<p>Levantamento de queixas e objetivos terapêuticos</p>	<p>Iniciar processo de identificação de queixas e demandas</p> <p>Socializar as queixas e objetivos terapêuticos</p> <p>Estimular interação e identificação entre as participantes</p> <p>Estimular compartilhamento de experiências</p>	<p>Pergunta disparadora: “agora que já sabemos uma fofoca sobre você, o que nos dá certa intimidade, se apresente novamente. Dessa vez, fale por que você procurou e se inscreveu nesse grupo (queixa), e o que espera encontrar e construir aqui (objetivo terapêutico).</p>
<p>Fechamento do encontro</p>	<p>Resumo e síntese do que foi abordado no encontro</p> <p>Solicitar <i>feedback</i> sobre como as participantes se sentiram e impressões sobre o primeiro encontro</p>	<p>Perguntas abertas e pontuações sobre o assunto</p> <p>Autorrevelação das pesquisadoras sobre o encontro</p> <p>Pergunta de fechamento: o que você quer deixar para o grupo? (uma frase, um desejo, uma palavra, um sentimento...)</p>

Fonte: autoria própria.

Quadro 2. Estrutura do segundo encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.

2º SESSÃO PSICOTERÁPICA EM GRUPO		
<p>Objetivo: apresentar participantes que faltaram ao primeiro encontro, identificar valores e esquivas que as afastam deles, trabalhar autocuidado e autocompaixão frente às características corporais (sobretudo as insatisfatórias), sensibilizar e propor questionamentos sobre a reprodução de pressão estética e auto aversão.</p>		
Método		
Momento	Objetivo	Intervenções clínicas
<p>Acolhimento/apresentação das participantes que faltaram ao primeiro encontro.</p>	<p>Fortalecer interação e vínculo entre as participantes.</p> <p>Criar condições para que as participantes que faltaram ao encontro anterior se sintam pertencentes ao grupo, a partir de uma relação de identificação.</p> <p>Criar condições que favoreçam o entrosamento, ambiente de leveza, espontaneidade e pertencimento.</p>	<p>Perguntas abertas: “pessoal, recebam as participantes, falem um pouco para elas como foi o nosso último encontro”</p> <p>Às participantes que faltaram ao encontro anterior: “sejam bem vindas, meninas. Falem um pouco sobre vocês, se apresentem ao grupo”.</p>
<p>Dinâmica para abordar autocompaixão diante das características físicas insatisfatórias.</p>	<p>Identificar os principais focos de insatisfação corporal entre as participantes.</p> <p>Identificar a qualificação e discriminação verbal a respeito de si (autodescrição e avaliação de si).</p> <p>Identificar relações verbais construídas sobre o self.</p>	<p>Em um formulário <i>google</i>, pedir que cada participante responda, anonimamente (e sem precisar revelar quem foi que escreveu o quê), a seguinte questão:</p> <p>“Pense na parte do seu corpo que você mais detesta e que mais te incomoda. O que você pensa sobre ela e por quê? Se você pudesse, o que</p>

	<p>Propor questionamentos reflexivos em relação a reprodução de pressão estética/auto aversão das participantes com relação ao corpo e a si própria.</p> <p>Estimular autocuidado e autocompaixão a partir de reflexões a respeito das possíveis reações do corpo diante de avaliações negativas feitas em relação a ele.</p> <p>Oferecer contexto para validação, acolhimento e fortalecimento entre as próprias participantes a partir da socialização dos relatos verbais.</p> <p>Flexibilizar autorregras e autodescrições negativas de si.</p>	<p>faria com essa parte do corpo?</p> <p>Por exemplo: odeio meus olhos. Acho meus olhos muito afastados e grandes. Se eu pudesse, faria um transplante e trocaria de olhos pra me livrar deles.</p> <p>Após todas terem preenchido, transportar as respostas para um slide e compartilhar a tela. Solicitar que cada participante leia uma resposta.</p> <p>Após a leitura, explorar como se sentiram, como foi ler a resposta de uma colega e como foi ouvir sua própria resposta pronunciada por outra pessoa. O que acharam dos relatos? Como se sentiram?</p> <p>Em seguida, pedir que cada participante responda em nome da ‘parte detestada’:</p> <p>“Imagine que essa parte do corpo ouviu e está ciente do que foi dito sobre ela: como acham que ela se sentiria? O que ela diria se pudesse responder?”</p> <p>Questões para refletir, conforme for surgindo oportunidade. (Não necessariamente todas serão abordadas):</p> <p>Quem é a pessoa no reflexo do espelho? O que ela faz por você?</p>
--	---	---

		<p>Como a pessoa que te encontra do outro lado do espelho se sente quando você fala mal da aparência dela?</p> <p>Quando foi a última vez que se permitiu vestir alguma roupa confortável que te fizesse sentir bonita?</p> <p>Como você tem se tratado? Qual foi a última vez que se fez um carinho ou foi gentil com você mesma?</p> <p>Se você tivesse o poder de fazer o que quiser, o que estaria fazendo agora? O que faria este final de semana?</p> <p>O que é importante para você? Você está vivendo em direção ao que é importante?</p> <p>O que já perdeu e deixou de fazer por causa da insatisfação com a aparência? Esses momentos fazem/fizeram falta? E se não for possível recuperá-los?</p> <p>O nosso corpo nos leva para todos os lugares, está conosco do primeiro ao último respiro, nunca nos abandona mesmo nas piores, mais constrangedoras e mais difíceis situações: como o estamos tratando?</p>
--	--	---

<p>Fechamento do encontro e solicitação de tarefa de casa.</p>	<p>Resumo e síntese do que foi abordado no encontro</p> <p>Solicitar <i>feedback</i> sobre como as participantes se sentiram e impressões sobre o primeiro encontro</p>	<p>Perguntas abertas e pontuações sobre o assunto</p> <p>Explicação da tarefa de casa – “olhando para mim mesma com bons olhos”:</p> <p>Por um instante, preste atenção em você. Pense na pessoa que você tem sido ao longo dos anos, na mulher que é hoje, e se pergunte de coração: o que você gosta e admira em você mesma? Ainda que esteja insatisfeita com algumas coisas, quais características físicas você aprecia e gosta em você? Quais são suas maiores qualidades e pontos fortes?</p>
--	---	---

Fonte: autoria própria.

Quadro 3. Estrutura do terceiro encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.

<p>3º SESSÃO PSICOTERÁPICA EM GRUPO</p>		
<p>Objetivo: socialização da tarefa de casa (me olhando com bons olhos); trabalhar histórico de aprendizagem sobre imagem corporal e conceito de identidade; tarefa de casa (trazer uma foto de um momento muito feliz, especial e significativo que tenha sido marcante, e uma foto onde se sentiu muito bonita e satisfeita com a própria aparência)</p>		
<p>Método</p>		
<p>Momento</p>	<p>Objetivo</p>	<p>Intervenções clínicas</p>
<p>Acolhimento e socialização da tarefa de casa.</p>	<p>Verificar sentimentos presentes e identificar elaborações que surgiram</p>	<p>Perguntas abertas e exploratórias:</p>

	<p>após os dois primeiros encontros.</p> <p>Estimular o compartilhamento de experiências relacionadas à tarefa de casa.</p> <p>Reforçar autodescrições e avaliações positivas de si.</p>	<p>Como foi a experiência de se olhar com bons olhos? Como se sentiram?</p> <p>Foi difícil identificar características/aspectos que gostam em si mesmas?</p> <p>Por que prestamos mais atenção nos nossos defeitos?</p>
<p>Introdução do tema do encontro e evocação das experiências associadas a ele.</p> <p>Compartilhamento de experiências</p>	<p>Explorar histórico de aprendizagem relacionado à imagem corporal e identidade e sensibilizar as participantes para o que controla descrições/impressões negativas e positivas.</p> <p>Verificar comportamentos privados evocados e elementos com os quais as participantes se identificaram a partir dos vídeos (com base na história de vida).</p> <p>Identificar aspectos relativos à imagem corporal e identidade, autoestima e valores.</p> <p>Ampliar descrições de si para além de aspectos negativos e relacionados à aparência objetiva, resgatando outros elementos identitários e outros estímulos dos quais podem ficar sob controle.</p> <p>Intervenções empáticas.</p> <p>Questionamentos reflexivos focados em</p>	<p>Disparador: apresentação de dois vídeos (https://www.youtube.com/watch?v=II0nz0LHbcM; https://www.youtube.com/watch?v=-Zrn78KeqLI). O primeiro (Retratos da beleza real) aborda a diferença entre a autodescrição/avaliação de si e a descrição/avaliação que outras pessoas fazem sobre nós. O segundo (o que você mudaria no seu corpo?) aborda a relação com o corpo do ponto de vista adulto e do ponto de vista infantil.</p> <p>Perguntas exploratórias:</p> <p><u>Respondentes evocados</u></p> <p>O que sentiram? Se identificaram com alguma coisa?</p> <p><u>Histórico de aprendizagem</u></p> <p>Como aprenderam a se descrever fisicamente?</p> <p>Como figuras de referência (mãe/irmãs/tias, etc.) se descreviam fisicamente e como descreviam as participantes?</p>

	<p>ampliar repertório de autoconhecimento, diferenciar avaliação e descrição de si, flexibilização de autorregras e desfusão com o corpo.</p>	<p>Como figuras de referência lidavam com o corpo?</p> <p><u>Elementos identitários para além da aparência objetiva (controle de estímulos).</u></p> <p>Como era a experiência de viver no seu corpo quando você era criança e adolescente? Quem era você nesse período?</p> <p>Pelo que você geralmente era elogiada? O que admiravam em você? Pelo que você geralmente era criticada?</p> <p>E hoje? Quem você é, pelo que te admiram? Pelo que te criticam?</p> <p><u>Autoconhecimento</u></p> <p>Você foi aprendendo a se perceber e avaliar de forma dura e hostil. De que outros modos poderia se descrever e avaliar? Que outros aprendizados são necessários para isso?</p> <p><u>Diferenciação de avaliação e descrição</u></p> <p>É possível que eu esteja me avaliando de forma equivocada, discrepante e/ou injusta?</p> <p>Metáfora: pense na sua casa. Como é a sua casa? Tem coisas quebradas na casa? Tem poeira? A casa pode ser a mais cheirosa e linda do mundo, mas ainda assim terá nela cestas de lixo, coisas que fedem, coisas quebradas, coisas que desagradam. Você</p>
--	---	---

		<p>talvez deseje mudar e melhorar coisas em sua casa. Faz sentido xingar, jogar lixo no chão, falar mal da sua casa, mesmo que ela não esteja 100% como você gostaria? É a casa que você tem: te protege da chuva, do frio, do sol, te dá privacidade, te permite dormir tranquila, receber amigos, é onde você come, toma banho, tem momentos de relaxamento... Faz sentido riscar as paredes da casa só porque as paredes não estão como você gostaria? Faz sentido deixar de receber visitas de familiares, amigos queridos, só porque ela não está do jeito como gostaria? Ou viver a casa e ter momentos nela/com ela é mais importante? Dá para tentar ajustar o que for possível na casa sem maltratá-la? A nossa casa é o nosso espaço, e o nosso corpo também o nosso espaço, só nosso, único. Não há nenhuma casa como a nossa, não há nenhum corpo como o nosso: para o bem e para o mal somos completamente únicos no mundo inteiro.</p> <p><u>Identidade para além da imagem corporal</u></p> <p>É possível que a minha imagem seja um aspecto dentre vários outros que possuo? Um aspecto que não necessariamente é o mais importante – apesar do mundo, da mídia, etc., tentar nos convencer disso?</p>
--	--	--

		<p><u>Aceitação e desfusão</u></p> <p>O que é capaz de me definir enquanto pessoa? Como eu defino alguém? Beleza é o meu principal critério? Beleza é mesmo felicidade/sucesso/realização? Beleza é a única forma de alcançar isso?</p> <p>Metáfora: Imagine que você está numa sala com várias portas. Todas as portas levam a um lugar de felicidade, realização, amor e sucesso. Uma dessas portas é porta da beleza, que está trancada e que você não tem a chave. O que faz mais sentido: tentar forçar a entrada mesmo com a porta trancada ou arriscar tentar as outras portas? Que outras portas seriam essas? Quais os outros caminhos possíveis?</p>
Encerramento	<p>Solicitar <i>feedback</i> do encontro</p> <p>Explicar tarefa de casa</p>	<p>Perguntas abertas</p> <p>Explicação da tarefa de casa: cada participante deverá trazer uma foto de um momento muito feliz, especial e significativo que tenha sido marcante, e uma foto onde se sentiu muito bonita e satisfeita com a própria aparência.</p>

Fonte: autoria própria.

Quadro 4. Estrutura do quarto encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.

4º SESSÃO PSICOTERÁPICA EM GRUPO		
<p>Objetivo: a partir da “carta ao corpo” trabalhar autocompaixão, autocuidado e construções verbais referentes à imagem corporal e identidade; flexibilizar autorregras relacionadas ao corpo/aparência que enfraquecem comportamentos valorosos; ampliar descrição do corpo e de si mesma para além da aparência objetiva, incluindo aspectos/características positivas/de apreciação pessoal; flexibilizar relação condicional entre aparência ideal e sucesso/felicidade; situar a imagem corporal como parte ao invés do todo identitário; fortalecer referenciais positivos e compatíveis com a realidade.</p>		
Método		
Momento	Objetivo	Intervenções clínicas
Acolhimento e recepção das participantes	Verificar como as participantes estão se sentindo no momento, e possíveis elaborações após último encontro.	Perguntas abertas
Socialização da tarefa de casa	<p>Solicitar que cada participante compartilhe sua experiência de escrever a carta ao corpo. Estimular que leiam sua carta, bem como a interação entre as participantes a partir de cada leitura.</p> <p>Identificar respondentes evocados, construções verbais, contingências atuantes. Ainda, identificar possíveis modificações em termos de autodescrição, características da relação estabelecida com o corpo, e demais elementos relevantes do relato.</p>	<p>Perguntas abertas e diretivas: como foi a experiência de escrever a carta ao corpo? Como se sentiram, quais foram as dificuldades? Algo se destacou para você? Houve alguma reflexão nova a partir da experiência?</p> <p>A carta da colega te faz pensar em alguma coisa? Chama a sua atenção?</p> <p>Como aprenderam a se relacionar com o corpo, a descrever fisicamente? Como figuras de referência (mãe/irmãs/tias, etc.) descreviam seus corpos e lidavam com eles? E com as participantes?</p>

	<p>Explorar histórico de aprendizagem e papel da cultura na relação de auto-aversão.</p> <p>Fazer intervenções empáticas, apontamentos, questionamentos reflexivos e usar metáforas para trabalhar autocompaixão, flexibilização de autorregras e ampliação autodescritiva (corpo-veículo; corpo-casa; corpo-museu).</p> <p>Fazer leitura da minha “carta ao corpo” que está no livro “Digna de ser amada” (p.120-122) para sintetizar intervenções com base em autorrevelação e conduzir ao fechamento do encontro.</p>	<p>Além da aparência, quais outros atributos/características/possibilidades há num corpo?</p> <p>Como você acha que seu corpo se sente em relação a você? Se ele fosse uma pessoa que você conhece, desejaria estar perto/ser próxima a você? E você, gostaria de estar perto dele?</p> <p>Propor questionamentos reflexivos para ampliar a concepção de corpo para além da imagem/aparência objetiva, apontando-o como o que permite viver experiências.</p> <p>Apontar a aparência como um aspecto, dentre vários outros, da identidade pessoal.</p>
Fechamento do encontro	<p>Retomar e fazer síntese sobre as questões trabalhadas no encontro</p> <p>Solicitar <i>feedback</i> (impressões/efeitos emocionais)</p> <p>Explicar a tarefa de casa: cada participante deverá selecionar as três partes do corpo que mais incomodam e atribuir uma qualificação física e uma qualificação simbólica, ou seja: uma descrição objetiva relacionada a aparência e uma descrição “subjativa” associada ao que tal característica representa e fez ou faz por ela. Por exemplo:</p>	Perguntas abertas e fechadas, resumo e síntese.

	<p>rugas. São feias, mas fazem parte dos olhos que enxergam várias coisas bonitas no dia a dia.</p>	
--	---	--

Fonte: autoria própria.

Quadro 5. Estrutura do quinto encontro terapêutico após revisão e aprimoramento.

5º SESSÃO PSICOTERÁPICA EM GRUPO		
<p>Objetivo: fazer fechamento da vivência do grupo a partir da tarefa de casa e trabalhar o corpo para além da aparência objetiva (algo que possibilita se aproximar de objetivos, propósitos e valores). Autoempatia, ampliação da autodescrição e flexibilização de autorregras depreciativas serão conteúdos-alvo do encontro. Além disso, conteúdos abordados nos encontros anteriores e impressões das participantes serão retomados para fechamento do grupo.</p>		
Método		
Momento	Objetivo	Intervenções clínicas
Acolhimento e recepção das participantes	Verificar como estão se sentindo no momento e elaborações que surgiram após o último encontro.	Perguntas abertas e fechadas: como estão? Como se sentiram após o último encontro?
Socialização da tarefa de casa	<p>Estimular o compartilhamento de experiências sobre a tarefa de casa.</p> <p>Promover questionamentos/reflexões</p> <p>Sensibilizar as participantes para as</p>	<p>Perguntas abertas e fechadas, apontamentos e questionamentos reflexivos:</p> <p>Como foi fazer a atividade? Como se sentiram? Algo chamou a atenção? Perceberam algo de novo?</p>

	<p>diferentes possibilidades/características/funções das ‘partes’ e do corpo como um todo</p> <p>Favorecer a flexibilização de autorregras relacionadas ao corpo</p> <p>Ampliar a autodescrição de modo a incluir elementos simbólicos e “subjetivos”, bem como características/elementos positivos e mais realistas</p> <p>Trabalhar assimetrias e equívocos no julgamento/descrição verbal de si, bem como controle de estímulos (sobrevalorizam características que desgostam/desadmiram e subvalorizam características/aspectos que gostam/admiram em si).</p> <p>Trabalhar elementos simbólicos/subjetivos das características corporais que desgostam em si mesmas.</p>	<p>O que o seu corpo faz que você não percebe que ele faz?</p> <p>Das coisas que seu corpo faz, o que independe da aparência?</p> <p>Os momentos mais felizes/legais/cheios de sentido estiveram relacionados à aparência?</p> <p>A maneira como você se vê é justa/bondosa/amorosa com você mesma?</p> <p>Você pode estar desconsiderando elementos/coisas/características/potencialidades e focando apenas no que te desagrada?</p> <p>Os julgamentos negativos que você faz sobre si não são necessariamente verdadeiros e não podem te definir como um todo, nem incapacitar/paralisar diante do que almejo viver.</p> <p>O corpo, como ele é e está hoje, é um instrumento que permite viver uma vida com significado, que me permite ser protagonista da minha história. A aparência é coadjuvante.</p> <p>Não é preciso gostar de todas as características do corpo para respeitá-lo.</p> <p>As características que desgostam contribuem/permitem outras coisas que não estão relacionadas à aparência.</p>
--	---	--

		Sobre as características que desgostam: o que elas são para além da aparência objetiva? É possível desgostar de alguns aspectos sem desgostar completamente. É possível desgostar e ainda assim reconhecer potencialidades.
Fechamento	<p>Solicitar <i>feedback</i> das participantes e fazer síntese do processo</p> <p>Estimular que as participantes possam comentar sobre suas observações acerca dos processos umas das outras no decorrer dos encontros.</p> <p>Verificar impressões e efeitos das discussões, bem como identificações entre as participantes.</p>	<p>Como foi a vivência do grupo? Como se sentiram? O que perceberam de diferente?</p> <p>O que gostariam de dizer umas para as outras? Algo da vivência das colegas trouxe novas impressões/percepções?</p> <p>Fazer dinâmica de fechamento: o que gostaria de pegar do grupo e o que gostaria de deixar para o grupo?</p>

Fonte: autoria própria.

6.3 Descrição, monitoramento e efeitos da ação

Nesta seção, exploro em detalhes cada sessão terapêutica partindo de uma perspectiva funcional. Tratarei os conteúdos centrais e alguns fatores clínicos monitorados a partir do roteiro de campo, incluindo: frequência, aspectos gerais da sessão, principais disparadores (controle de estímulos), demandas clínicas, reflexões e discussões abordadas no encontro, histórico de instauração e manutenção das queixas e demandas clínicas, intervenções clínicas realizadas, objetivos e implementação das ações interventivas planejadas, especificidades da modalidade virtual e problemas técnicos e aprimoramentos necessários para a próxima sessão.

É oportuno esclarecer que ao longo do processo terapêutico ocorreram algumas intercorrências (desistências e evasão). A primeira desistência ocorreu antes do início das sessões psicoterápicas em grupo, e a segunda durante sua execução. Por sua vez, a participante que evadiu faltou a três dos cinco encontros, tendo participado apenas dos dois primeiros. Suas ausências não foram justificadas com antecedência, de modo que entrei em contato para investigar o que poderia ter acontecido. Apesar de ter mencionado compromissos inesperados de trabalho como justificativa para as ausências, a participante faltou novamente sem justificar. Diante disso, sua inscrição foi cancelada. Ressalta-se que esta participante não manifestou desistência da pesquisa nem solicitou a retirada dos seus dados. Por ter estado presente nos dois primeiros encontros, interagido com as participantes e movimentado discussões relevantes, alguns dos seus relatos no grupo foram mantidos em função do valor qualitativo que apresentam. Essa participante será referenciada como P.E. (participante evadida).

6.3.1 Primeira sessão psicoterápica em grupo

Frequência

Estiveram presentes neste encontro P1, P3, P4 e P.E. P2 faltou ao encontro, tendo justificado sua ausência.

Aspectos gerais do encontro

O encontro aconteceu da maneira prevista. Foi possível construir um ambiente tranquilo, leve e favorável ao compartilhamento de experiências. Em geral, as participantes mantiveram postura participativa. Apesar de inicialmente terem ficado sob controle de perguntas, tomaram iniciativa para falar na medida em que o encontro foi se sucedendo. Como esperado, observei alta demanda de escuta, sobretudo de uma participante em particular (P.E.). No geral, as participantes se comportaram de modo atento e empático às falas umas das outras, retomando questões trazidas pelas colegas ao iniciarem seus próprios relatos. Apenas ao final do encontro foi necessário intervir a respeito do tempo de fala (excessivo, no caso de P.E.).

Em muitos momentos observei a oferta de acolhimento, validação e reflexões entre elas, sendo notável o movimento de fortalecimento mútuo. Observei também interesse e abertura para o contato. Foram feitas menções ao encontro individual de

triagem, tendo P1 apontado tal encontro como positivo e propulsor de mudanças na percepção de si. A minha postura e a da pesquisadora assistente foi estrategicamente pensada para ser casual, visando favorecer a identificação das participantes e, conseqüentemente, a vinculação grupal. Investi em autorrevelação, reforço natural (atenção, audiência não-punitiva, uso de reações naturais de humor), e reforço arbitrário (*feedback*, destaque de relatos trazidos).

Principais disparadores (controle de estímulos)

Além das perguntas abertas e da estratégia de quebra-gelo (“diga seu nome, de onde você fala e conte uma fofoca sobre você”), o disparador utilizado consistiu na questão: “agora que já sabemos uma fofoca sobre você, o que nos dá certa intimidade, se apresente novamente. Dessa vez, fale por que você procurou e se inscreveu nesse grupo (queixa), e o que espera encontrar e construir aqui (objetivo terapêutico)”.

Demandas clínicas, reflexões e discussões abordadas no encontro

De modo geral, as queixas identificadas incluíram: insatisfação com aparência atual e conseqüente dificuldade de se reconhecer; dificuldade de engajamento e fracasso frente às ações de modificação corporal (P3 e P4); reconhecimento de modificação da queixa e demanda: ser/se sentir bonita para existir para além da aparência/beleza (P1); insatisfação generalizada sobre si e sobre a vida atual, incluindo o aspecto corporal, bem como preocupação com a própria história, pois tem deixado de se engajar em contingências potencialmente reforçadoras devido à aparência (P.E.).

Por sua vez, os objetivos terapêuticos incluíram “mudar o que pode ser mudado” (P3); alcançar “*start*” para fazer o que não tem conseguido até então (P4); “viver outros focos”, para além de parecer e ser reconhecida como bonita, além de ponderar e neutralizar opinião externa e julgamento sobre si (P1); encontrar melhora do “estado de espírito”, se sentir bem consigo mesma e ter histórias para contar (P.E.). Outro tópico relevante foi a procrastinação, mencionada por três participantes como parte do processo de fracasso diante das tentativas de modificar o corpo (adiar o início da dieta/atividade física pelo histórico de começar e não dar seguimento e/ou não alcançar o resultado esperado). Em resumo, autocompaixão, autoaceitação e assumir o protagonismo frente à

própria vida pareceram ser as demandas centrais, sendo o objetivo terapêutico trabalhá-los.

Histórico de instauração e manutenção das queixas e demandas clínicas

A mudança na relação com as roupas configurou um novo contexto de aversividade, no qual a roupa adquiriu função aversiva ao estabelecer a impossibilidade e limitação de autonomia para escolher. Nesse processo, ao invés de escolher o que vestir, P4 se percebeu “sendo escolhida” pelas roupas que lhe serviam em sua nova forma corporal (após ganho de peso). Foi notável o processo de esquiva diante desta nova forma corporal, o que se refletiu na recusa em adquirir roupas compatíveis com as medidas atuais – recusa que P4 associa à conformidade e resignação diante do peso.

Entre as participantes, a insatisfação corporal se caracterizou por autodepreciação, inconformidade, não reconhecimento de si e dificuldade de modificar a aparência por conta própria. Isso as levou a associarem o sucesso das ações em direção à modificação do corpo ao autocontrole moralizante e punitivo: “se eu fizer a minha parte/fizer o que deve ser feito, então vou conseguir emagrecer”. Nesse processo, a atividade física apareceu como via de modificação da aparência, ao invés de configurar uma forma de viver experiências (se sentir viva e aproveitar a ludicidade do corpo). O que movimentou reflexões sobre a aversividade adquirida e a perda de reforçadores da atividade física quando ela se tornou apenas uma forma de modificar o corpo.

O padrão de beleza e a disseminação massiva de normas estéticas foram considerados inoperantes na vida prática das participantes, que se qualificaram como “mulheres reais” (i.e., mulheres expostas a contingências discrepantes daquelas que tornam possível o seguimento de tais normas). Em suma, houve uma compreensão crítica acerca dos aspectos sociais e culturais relacionados ao ideal estético, a partir do reconhecimento de que os ícones de beleza não vivem a realidade de limitação financeira, sobrecarga de trabalho em dupla/tripla jornada, dentre outras condições típicas da vivência de mulheres “reais”.

Intervenções clínicas realizadas

As intervenções tiveram como objetivo explorar os conteúdos que emergiram no encontro, facilitando a discriminação das queixas e seus elementos contextuais. Além disso, buscaram promover questionamentos reflexivos e flexibilização psicológica. Alguns dos principais conteúdos alvo de intervenções foram: características identitárias

das participantes; a relação entre beleza-aparência-corpo e prisão, momento em que P1 fez uma metáfora associando a busca pela beleza com a experiência de ser um pássaro na gaiola; “ser bonita” e “ser atraente” como aspectos que ultrapassam uma forma corporal objetiva, tendo relação com outras características, como, por exemplo, autoconfiança (“beleza é um estado de espírito”, como dito por P.E.).

Posto que a procrastinação foi enfatizada neste encontro, foram propostos questionamentos e reflexões sobre outros aspectos da vida que são adiados para além da aparência. Também abordei a perda de reforçadores em decorrência da postergação de vivências para um futuro idealizado, no qual determinada forma corporal seria alcançada. E, ainda, a privação (autoimposta) de experiências valorosas e reforçadoras, como, por exemplo, deixar de ir para eventos, encontros de lazer, de usar determinadas roupas e/ou não comprar roupas confortáveis para não “se acostumar” com corpo atual. Isto revela o engajamento em práticas punitivas para lidar com a insatisfação corporal.

No que diz respeito à autodepreciação, busquei apaziguar o relato depreciativo através do humor e autorrevelação, intervindo a respeito das aparências comunicarem apenas uma realidade parcial. Um exemplo disto ocorreu no momento inicial do encontro, quando P.E. mencionou desejo de não abrir a câmera por estar “descabelada”. A participante fez comparações entre as colegas, se inferiorizando diante delas: “todas estão bonitas, arrumadas, maquiadas, e eu aqui descabelada” (PE). Nesse momento, intervi: “eu só estou arrumada da cintura para cima, mas aqui embaixo estou descalça e com uma calça folgada que parece pijama (risos)”. Além disso, enfatizei o desejo de conhecê-la e reforcei que o encontro tinha a finalidade de apresentação, de modo que gostaríamos de conhecê-la como ela estivesse. Após dizer que iria “se ajeitar” para abrir a câmera, P.E. apareceu de cabelos presos. Nesse momento, P1 comentou que prenderia o cabelo para que ela se sentisse mais confortável. Então, decidi também prender o cabelo, fazendo referência ao calor. Meu objetivo consistiu em ampliar o sentido da modificação da aparência para além de uma preocupação estética, buscando relacioná-la ao conforto – e oferecer modelo. Assim, o comportamento de exposição de P.E. foi reforçado.

Objetivos e implementação das ações interventivas planejadas: o que mudou na prática?

Dois dos três objetivos do encontro foram atendidos: apresentação das pesquisadoras e das participantes do grupo, identificação de queixas e levantamento dos objetivos terapêuticos. Em função da fluidez com que o grupo se desenvolveu, da

limitação de tempo do encontro, e do contrato terapêutico ter sido disponibilizado no grupo do WhatsApp® (em um documento detalhado e de fácil leitura/entendimento), decidi não abordá-lo de forma direta. Antes do encontro, eu havia feito duas conferências a respeito da confirmação de leitura do contrato e reforcei estar aberta para o esclarecimento de dúvidas. Uma vez que as duas faltas e um dos atrasos foram justificados, como previsto em contrato, acredito que este foi bem estabelecido. Assim, decidi retomá-lo posteriormente, caso houvesse necessidade.

Em relação às ações interventivas utilizadas, estas tanto seguiram o planejamento quanto atenderam às necessidades terapêuticas das participantes. Em termos de aprimoramento, o único apontamento se refere ao contrato terapêutico. Acredito que sua explanação pode ser facultativa e ponderada a depender da dinâmica do grupo. Disto resulta a otimização de tempo e a fluidez do encontro – visto que se trata de algo que pode dificultar “quebrar o gelo”. Penso que abordar o contrato previamente, conferir se a leitura foi realizada por todas as participantes e reforçar disponibilidade para esclarecimentos de dúvidas pode ser mais interessante do que utilizar o tempo do encontro para tal propósito.

Especificidades da modalidade virtual e problemas técnicos

Minha conexão ficou instável antes do encontro começar, o que demandou mudança de local para sua realização. Desse modo, precisei ir para outra área da minha residência, onde então a conexão se estabilizou. No decorrer do encontro, ocorreram alguns momentos breves de falhas: uma das participantes teve problemas com o áudio no início do encontro, tendo que se conectar através de dois aparelhos (celular e notebook), usando o áudio de um e a imagem de outro; outra participante teve a mesma dificuldade, quando o grupo já estava em andamento, aderindo a mesma estratégia da colega. Ao final do encontro, sua internet apresentou instabilidade de modo irreversível, o que prejudicou a finalização do encontro, pois a participante não conseguiu concluir o que estava falando. De modo geral, tais intercorrências não prejudicaram de modo significativo a execução, condução e vivência do grupo, pois as falhas apresentadas foram contornadas através de estratégias rapidamente empregadas pelas próprias participantes. Acredito que a familiaridade que todas tinham com encontros virtuais contribuiu positivamente para tal desfecho.

Aprimoramentos necessários para a próxima sessão

Alguns aspectos estruturais do encontro poderiam ser aprimorados visando atender a alta demanda de escuta observada entre as participantes. Por exemplo, perguntas exploratórias que oportunizassem a troca de experiências. Visto que duas participantes estavam ausentes, e que o tempo foi extrapolado em alguns minutos, ponderei a revisão da duração dos encontros a partir da experiência do segundo encontro. Além disso, se revelou necessário repensar a plataforma utilizada para os encontros no intuito de evitar interrupções. Isto porque nas reuniões com múltiplos participantes há uma limitação do tempo disposto pela plataforma utilizada – informação que eu desconhecia. Assim, antes do encontro ser encerrado, foi necessário abrir uma nova sala virtual e solicitar que as participantes migrassem, o que interrompeu a condução do grupo, ainda que temporariamente. Portanto, o *Skype on-line* ou *Whereby* foram duas possibilidades consideradas, visto que ambas dispensam *login* e são de fácil acesso.

6.3.2 Segunda sessão psicoterápica em grupo

Frequência

Estiveram presentes neste encontro P1, P2, P3, P4 e P.E.

Aspectos gerais do encontro

Em geral o encontro foi marcado por alguns entraves técnicos e operacionais, o que demandou postura ágil para orientar, propor alternativas e designar tarefas à pesquisadora assistente, além da condução clínica em si. Foi um encontro desafiador por tratar de um tema particularmente mobilizador, que exigiu das participantes exposição à vulnerabilidade. Observei participação ativa ao longo de todo o encontro, o que se refletiu em reflexões potentes feitas pelas participantes. Estas envolveram referências à história de vida e aos conteúdos trabalhados no encontro anterior. As participantes fizeram comentários e reflexões frente aos relatos umas das outras, demonstrando abertura para o contato, atenção e interesse pelas experiências das colegas. Observei entre elas fortalecimento mútuo e postura acolhedora, validante e suportiva. De modo geral, o *feedback* foi positivo e envolveu menções ao ineditismo de algumas reflexões, sobretudo relacionadas a visão integrada de si e ao modo como o corpo se sentiria diante das avaliações negativas e rejeição.

Principais disparadores (controle de estímulos)

Os principais disparadores foram questões associadas a um exercício realizado durante o encontro, através do *Google Forms*. A primeira delas: “pense na parte do seu corpo que você mais detesta e que mais te incomoda. O que você pensa sobre ela e por quê? Se você pudesse, o que faria com essa parte do corpo?”; e a segunda: “imagine que essa parte do corpo ouviu e está ciente do que foi dito sobre ela: como acham que ela se sentiria? O que ela diria se pudesse responder?”.

Demandas clínicas, reflexões e discussões abordadas no encontro

As participantes reconheceram que a insatisfação corporal é aprendida culturalmente, e que a designação de que determinadas características corporais são “feias” e “inadequadas” ocorre de modo arbitrário: “a sensação primeira é de um corpo Frankenstein, um recorte de alguma forma. Como se o corpo fosse só uma barriga, não uma história” (P1).

A partir dos disparadores, as participantes observaram que há uma tendência de naturalizar a autodepreciação e de promover avaliações negativas de si mesmas. Elas ainda notaram que a descrição e avaliação sobre a aparência das outras participantes eram mais flexíveis e menos severas. O que foi apontado como algo que também ocorre em outras relações. Isso sugere que as participantes tendem a se concentrar em seus defeitos quando se trata delas mesmas, enquanto que para outras pessoas elas se concentram em outros aspectos, incluindo suas qualidades:

Engraçado que a [insatisfação] do outro é minimizada. Penso: ‘ah, mas ela é tão bonita, pra que se preocupar com a barriga?’ Minimize a insatisfação do outro e aumento a minha própria. ‘Ela não tem com o que se preocupar’. Vejo o rosto e julgo que está dentro do padrão. Me acho pior do que sou (P3).

É perceptível o papel do controle de estímulos e o controle verbal no que se refere à insatisfação corporal. Há variação da construção verbal atribuída ao outro na medida em que variam os estímulos sobre os quais se está sob controle.

Histórico de instauração e manutenção das queixas e demandas clínicas

O histórico de aprendizagem cultural a respeito de normas estéticas e os seus valores intrínsecos foi determinante na apresentação de insatisfação corporal. Esse histórico evidenciou a distinção entre o controle de estímulos em relação à própria aparência e a aparência de terceiros. Outro aspecto relevante se referiu à relação entre insatisfação corporal e os papéis de gênero, sendo notável a influência da cultura na

instauração de problemas de imagem corporal. Foi possível observar este apontamento através de relatos de P3 e P4:

E para os homens, gente? Será que os homens ficam assim também? Como é para eles? (...) Homens são criados por mulheres. Mulheres replicam e reforçam comportamento e atitude masculina. Cria homens da mesma crítica e vai passando de geração pra geração (P4).

Homem não envelhece. Homem de pelo embaixo do braço: ok. Homem não é cobrado. Homem com varizes é aceitável. A sociedade é cruel com a gente (...) uma amiga mostrou a foto de um homem, elogiando ele, 'que lindo', eu olhei e pensei 'está muito cuidado, acho que é gay. Até eu! [pensei assim] Homem vaidoso é metrosssexual, porque não é coisa de homem se cuidar. Precisamos mudar isso como sociedade. Não replicar isso (P3).

As participantes discutiram sobre os modelos dispostos para homens e mulheres ao longo da criação. Enquanto as mulheres crescem tendo como referência símbolos e modelos predominantemente associados à aparência e a um ideal de beleza, os homens têm acesso a referências mais amplas, que ultrapassam a imagem objetiva, e valorizam qualificadores distintos, como força, ousadia, coragem, etc. No entanto, elas também notaram que os valores relacionados ao gênero têm se modificado ao longo das últimas gerações. As mudanças nesses referenciais foram associadas ao estímulo à independência, autonomia e liberdade sexual das mulheres:

Ser prendada, bonita, cheirosa, magra e esperar o príncipe encantado já passou. Hoje em dia as mulheres vão à luta, é mais fácil mulher ser sozinha e independente do que ficar com um cara que não quer nada com a vida. Vejo pelas minhas amigas. Minha avó contava histórias que sofria coisas no casamento e não podia fazer nada porque era normal. Só que hoje em dia uma mãe solteira que cria seu filho e trabalha é uma coisa tão comum. É mais pela cultura (P.E).

Apesar das transformações nos papéis de gênero e dos avanços dos direitos das mulheres, o imperativo da beleza ainda é de tal modo considerável que não seria exagero apontá-lo como uma quarta jornada de trabalho. O condicionamento entre “ser mulher” e “ser bela” ainda se configura como uma concepção dominante de feminilidade. Concepção esta que além de ser excludente para a maioria das mulheres, dificulta a construção de referenciais próprios e positivos sobre ser mulher. Uma vez mais, a cultura exerce um papel importante no controle dos comportamentos relacionados ao corpo. Parece haver um contraste de tendências culturais: de um lado, a defesa pela revisão e transformação do papel da mulher e do seu corpo na sociedade e, de outro, o fortalecimento de normas estéticas alinhadas aos interesses de mercado (Novaes, 2013; Novaes & Vilhena, 2003).

Intervenções clínicas realizadas

Neste encontro, as intervenções abordaram a insatisfação corporal como um fenômeno compartilhado e sua relação com a cultura. Busquei trabalhar a discriminação de estímulos, sensibilizando as participantes para distintas possibilidades de descrever e qualificar um mesmo atributo físico. Um exemplo disso foi o questionamento sobre o que pensar a respeito da “barriga grande”, já que é avaliada positivamente em alguns contextos, como na gestação, negativamente em outros, como nos casos de acúmulo de gordura. Além disso, as participantes foram levadas a refletir sobre que outras maneiras a barriga poderia ser qualificada para além do seu tamanho. Também foi possível discutir a visão “recortada” de si (com destaque para defeitos e aspectos negativos), em detrimento da visão integrada e flexível que se tem das outras pessoas. Busquei sensibilizar as participantes para um comportamento recorrente: quando se trata do outro, enxerga-se o todo, e não as partes defeituosas – mesmo porque não se sabe, necessariamente, quais são elas. Os defeitos que para as participantes são nítidos e perceptíveis podem passar despercebidos para quem não sabe, a priori, que eles existem.

Na mesma perspectiva, ao serem levadas a refletir sobre como as partes corporais mais detestadas poderiam se sentir, as participantes relataram mobilização emocional – e uma delas se mostrou bastante sensibilizada e chorosa:

Pensei [sobre essas partes detestadas do corpo] numa relação mãe-filha. Talvez ela [a parte que ela descreveu como detestada] responderia com sentimento de frustração, de não merecer ser amada, de não merecer existir, de merecer ser exterminada, não poder ser amada com suas características. Até a culpa pela responsabilidade [referência à fala de P4, que relatou que sua parte detestada reagiria apontando para ela a culpa por existir] parece essa volta de filha com mãe. Como mães dessa parte fazemos o que podemos, sabemos, o que dá. A gente faz o que dá, o que temos de ferramentas (P1).

Fez muito sentido pra mim, P1. Pensei num vídeo que vi em que um terapeuta dizia ‘sabe essas coisas que você se diz? Olha pra você criança e diz pra você criança’. Chorei feito criança ao me imaginar me dizendo o que digo para aquela criança. Sinto muita autocompaixão por ela. Finalmente olhar com amor pra essa barriga, pra esse braço. Entro uma história de tentar justificar, mas eu trabalho com meus braços o dia inteiro, são eles que permitem tantas coisas, pagam meus salários, me proporcionam, é chocante. [Pensando nisso] não diria [coisas negativas sobre si], falaria bem menos ou nem falaria (P2).

A barriga ficaria triste. Eu abriguei três gestações, três filhas. Quando tinha vida dentro [da barriga] eu exibia, ‘você gostava’ [barriga diria para ela], depois que ela sofreu as consequências eu desprezo mesmo. Ela se sentiria muito triste. ‘Eu faço parte de você e você não me aceita mais, mesmo quando te servi’ [barriga

lhe diria]. Me acusaria de ingrata. Os braços fazem tanto e a barriga também. Mesmo não estando perfeito, na forma que desejo. O nosso corpo acaba sendo um santuário entre tantas coisas que acontecem (P3).

O ato de encarar a si mesma e a relação com a pessoa no reflexo do espelho foi outro assunto alvo de intervenção. Durante a socialização do exercício, algumas participantes por acaso leram suas próprias respostas. Além de ter sido mobilizador ler o que elas próprias escreveram, surgiram reflexões sobre a ação de se olhar no espelho e “se encarar”. A partir disso, discutimos sobre a pessoa que é alvo das avaliações negativas, no esforço de pensá-la para além do seu aspecto físico: quem é essa mulher de quem eu falo tão mal? Quem é essa pessoa por quem sinto aversão? Como ela se sente?

Partindo destas questões, trabalhei o autocuidado e autocompaixão por essa mulher, resgatando atributos, qualificações, valores, e uma série de aspectos e características para além da aparência: a companhia leal, a pessoa mais presente na vida, alguém que entende sem ser necessário explicar, que passa por todos os desafios, tristezas, alegrias, etc. Resgatando a atenção das participantes para si mesmas, fiz apontamentos sobre ações de autocuidado, momento em que ofereci como modelo exemplos de baixo custo de resposta (se oferecer uma tarde ou noite agradável, banhos relaxantes, etc.). Dada à baixa frequência de comportamentos de autocuidado, apesar da alta frequência de autocritica e autocobrança, busquei estimular a mudança de comportamento nesse sentido. Foi possível promover reflexões aprofundadas sobre autocompaixão pelas partes de si que desagradam e que são rejeitadas pelas participantes:

Que histórias as partes [do corpo] contam? A barriga amada na gestação, ela foi ensinada a ser amada. Não acordamos um dia e vamos nos amar. Isso é ensinado, construído. Sensação do início [da leitura das respostas] foi de angústia e desespero. Existe solução? (P1).

Foram propostos questionamentos visando flexibilizar descrições sobre si, principalmente as negativas, a partir do resgate das “outras” pessoas e “outras” mulheres que compõem cada participante – as outras versões do ‘Eu’. Foram feitas tentativas de sensibilizar as participantes para suas reações diante de descrições e avaliações negativas a respeito de pessoas amadas e queridas: como se sentiriam se falassem mal dos corpos de suas mães, filhas, amigas, irmãs? Por que diante da criança que foram é difícil falar mal, mas diante de quem se é hoje é natural e aceitável?

Objetivos e implementação das ações interventivas planejadas: o que mudou na prática?

Os objetivos foram atendidos e seguiram o planejamento. Assim como as intervenções, que atenderam as necessidades terapêuticas e seguiram o planejamento prévio. Não considerei necessário modificar nenhum elemento do planejamento para este encontro. A única ressalva se refere ao início da atividade proposta, pois o melhor aproveitamento depende da presença de todas as participantes. O que não foi o caso, já que duas se atrasaram e entraram na sala quando o exercício já havia sido iniciado. Considero que a atividade central deste encontro é prejudicada quando há necessidade de retomar a leitura das respostas, pois o efeito emocional derivado da leitura é minimizado e seu impacto é dissolvido. Efeito este que é essencial para a exploração das questões derivadas do exercício.

Especificidades da modalidade virtual e problemas técnicos

Ao longo da sessão ocorreram alguns problemas técnicos, incluindo falhas breves de áudio e imagem por parte das participantes, dificuldades operacionais com o uso da nova plataforma escolhida para o encontro (*Skype*), pois algumas não tinham familiaridade e/ou só a utilizavam através do aplicativo (utilizamos a versão *on-line*, sem necessidade de *login*). Diante das falhas de áudio e imagem, as participantes buscaram alternativas com rapidez para corrigir o problema, como, por exemplo, acessar o encontro utilizando dois aparelhos simultaneamente (celular e *notebook*); sair da sala virtual e entrar novamente. Por sua vez, os problemas relativos à plataforma foram mediados pelas pesquisadoras através de orientações e mudanças de planos. Visto que em dado momento constatamos ser inviável a continuidade do encontro através do *Skype*, retornamos para o *Google Meet* (aderindo à mesma estratégia do encontro anterior, de migrar para uma nova sala quando o tempo da reunião estivesse prestes a expirar). Acredito que houve prejuízo na condução do encontro, que precisou ser interrompido algumas vezes para ajustes técnicos. Como consequência, se tornou necessário ampliar o tempo do encontro para finalizar o que havia sido planejado.

Aprimoramentos necessários para o próximo encontro

A utilização de uma nova plataforma para o encontro, que atenda aos objetivos e seja de fácil acesso e manuseio foi o principal aprimoramento considerado. Concluí ser importante testar previamente sua utilização com mais de dois participantes simultaneamente. Como havia testado o *Skype on-line* apenas com o meu *login* e o da pesquisadora assistente, não foi possível identificar os problemas derivados de uma

reunião com mais pessoas. Assim, pensei ser fundamental que o teste envolvesse mais de dois *logins* simultâneos para avaliação de seu desempenho.

6.3.3 Terceira sessão psicoterápica em grupo

Frequência

Estavam presentes neste encontro P1, P2 e P3.

Aspectos gerais do encontro

O encontro foi produtivo do ponto de vista qualitativo, com aprofundamento importante das discussões tratadas. Duas das três participantes presentes relataram ter se envolvido em atividades de autocuidado no final de semana – uma delas durante a realização da atividade de casa – o que foi reforçado através de destaque dos relatos, demonstração de contentamento e admiração. Todas as participantes relacionaram a temática discutida com aspectos de suas histórias de vida e também conectaram suas experiências com aquelas compartilhadas pelas outras colegas. Foi possível observar postura reforçadora entre as participantes, sobretudo com relação a uma participante especialmente fragilizada (P2). Observei comportamentos empáticos, interesse, acolhimento, fortalecimento emocional e não-julgamento. As principais questões tratadas neste encontro foram autocompaixão, flexibilização de autodescrições depreciativas, abordagem destas como resultado de um aprendizado cultural, bem como resgate de autodescrições valorativas. Além disso, ampliação da identidade para além da imagem corporal, o próprio corpo para além da aparência, e a problematização da visão compartimentalizada e desmembrada de si (no intuito de estimular uma visão integral).

Principais disparadores (controle de estímulos)

A tarefa de casa “vendo a mim mesma com bons olhos” foi o principal disparador, a partir da qual foram feitas perguntas exploratórias sobre os respondentes evocados pela atividade, o histórico de aprendizagem referente à imagem corporal, os aspectos identitários para além da aparência objetiva, o autoconhecimento, a distinção entre avaliação e descrição de si, bem como a identidade para além da aparência corporal (desfusão) e aceitação.

Demandas clínicas, reflexões e discussões abordadas no encontro

O exercício de refletir sobre características pessoais admiráveis e valorativas foi permeado por dificuldades, com destaque para pensamentos e autorregras invalidantes e autocríticas. Na medida em que consideraram uma dada característica como positiva, pensamentos depreciativos de desqualificação emergiram automaticamente. Tais dificuldades foram apontadas como decorrentes do histórico de aprendizagem sociocultural, no qual há naturalização da autoaversão e o estabelecimento de padrões estéticos que fogem da realidade material das participantes, como pode ser observado nos relatos de P2 e P3:

Eu pensei o que eu gosto em mim. Pensei ‘eu gosto das minhas pernas’, mas vem uma segunda voz dizendo ‘mas ela tem tanta celulite’. ‘Ah, mas eu gosto do meu rosto’, ‘mas o nariz é tão feio’. Sempre que penso em uma qualidade sempre tem uma coisa falando o defeito. Consigo falar sobre cinco coisas boas no geral, mas quando é pra falar sobre o corpo eu não consigo, sempre vem um defeito (...) quando a voz da crítica vem, ela é mais alta e ela coloca em mudo a voz da qualidade (P2).

Eu penso a mesma coisa sobre mim. Cada parte a gente vai colocando defeito em cima (P3).

Em seu relato, P2 fez uma relação entre ganho de peso, ser vista e existir – o que configura, para ela, ações de cuidado e afeto. Resgatou aspectos de sua história de vida que evidenciam a privação de atenção, pois não era vista ou considerada como gostaria/precisava. Além disso, associou “existir” a obter autorização para ser como é no momento presente:

Quero olhar pro meu corpo e dizer ‘você é forte, você já passou por tanta coisa’ (...) eu engordei 20kg em um período muito rápido, mas minha psi [psicóloga] me fez ver que não foi tão rápido assim, foi na pandemia e quando as pessoas me viram elas não escondiam o espanto de me ver de outro jeito [mais gorda]. Eu tenho muitos motivos de ter engordado, como se tivesse que me justificar. E eu tenho muitas justificativas, mas não vou andar com elas escritas na minha testa. Ganhei muito peso e sou uma nova mulher. E é difícil me aceitar. O fato de estar aqui é pra me dizer ‘olha, P2, essa você’. E preciso encarar a dor, porque dói. Eu preciso olhar pra ele [o corpo] por que eu tenho me prometido que eu vou olhar pra ele. Senti por muito tempo que meu pai não me viam, me negligenciaram e agora eles estão me vendo. Ninguém vive sem o outro, sem a aprovação do outro. E só agora tô me dando conta disso. Depois de tudo que falei, vocês entendem como é importante pra mim ser vista agora. Deu até vontade de ligar a câmera [ligou a câmera antes desativada] (P2).

Já P3, ao relatar sobre a execução da tarefa de casa, resgatou um texto antigo feito por uma amiga. Neste texto, sua amiga destacou características admiráveis, físicas e não

físicas. Ela compartilhou o texto com o grupo apontando elevação de sua autoestima, e refletiu sobre a importância da visão que pessoas afetivamente relevantes têm de si. Diferente da percepção que a participante tende a ter (compartmentalizada e com ênfase em defeitos), a visão de sua amiga se mostrou integral, com ênfase nas características valorativas. A partir disso, foi possível notar o entendimento de que o corpo está além da aparência objetiva, e que assume um caráter mais amplo, simbólico, que permeia a história vivida. Tal pressuposto evocou, para P1, pensamentos a respeito da importância de valorização do corpo presente:

Esse fim de semana bati umas *selfies* e fiquei olhando os detalhes do meu rosto e pensando que daqui há alguns anos ou vou tá mudada e pensando será que eu tô curtindo esses lugares do meu rosto agora? Será que tô aproveitando agora? (P1).

Essa mesma participante trouxe algumas fotos, vídeos e um texto onde abordou a construção verbal em torno da aparência corporal, e propôs questionamentos sobre outros elementos que passam despercebidos em razão da ênfase dada aos atributos físicos. Fez relação entre seu hábito de fotografar e “prestar atenção ao invisível” (i.e., o que ninguém percebe ao observar algum objeto, paisagem, e o próprio corpo): “nem somos só corpo ou só sentimento, somos tudo isso. Eu sou uma pessoa que vê detalhes nos detalhes. Nós somos tudo isso acontecendo” (P1).

Importante salientar que esta participante, no momento da triagem, relatou de forma enfática não suportar se ver nos vídeos que gravava em seus treinos, bem como o movimento de seu corpo, uma vez que isto a fazia pensar no modo como é negativamente vista pelas pessoas. Ao se expor por conta própria – vendo e sendo vista pelas colegas através dos vídeos e fotos – emitiu um comportamento de melhora em sessão. No vídeo em questão, P1 fazia um exercício que a princípio julgou que não conseguiria executar, embora tenha tentado apesar de tal impressão. Ao assistir ao vídeo, relatou que inicialmente não gostou de se ver, avaliando mal a sua aparência, mas logo em seguida questionou a função do vídeo e do exercício que estava sendo gravado: “o vídeo não era sobre isso [aparência], era sobre eu estar conseguindo fazer uma coisa que achava que não ia conseguir”. Partindo dessa lógica de valorização de outras qualificações, sentidos e modos de perceber dada característica corporal, ela citou os calos das mãos, resultado do *crossfit*, e evidência de seu sucesso e superação frente a desafios, além de prova de seu desempenho: “minhas mãos tem calos, mas são calos que eu adoro” (P1).

Histórico de instauração e manutenção das queixas e demandas clínicas

A relação entre o olhar sobre si e o papel da cultura foi notável. P3 apontou distinções entre fotografar-se e ser fotografada, bem como modos de ser fotografada, aludindo ao modo como a imagem é construída a partir de quem vê – e do lugar ocupado por quem o faz. Citou a experiência de um importante festejo conjugal (sua festa de bodas), momento em que estava se sentindo linda, usava vestido de “princesa Cinderela”, mas ao ver as fotos se avaliou muito negativamente. Na ocasião, questionou o olhar sobre si mesma e o olhar do fotógrafo, que em sua opinião capturou seus “piores ângulos”. Tal avaliação “contaminou” a experiência positiva daquele dia, que havia sido muito feliz para ela, além de ter se sentido muito bonita.

Seja através de um exercício de reflexão, ou de modo concreto através do ato de se olhar, a exposição à própria imagem foi adquirindo função aversiva na medida em que as participantes ficavam mais sob controle de defeitos e características avaliadas como negativas. Nesse processo, é possível notar a relação de esquiva diante do corpo, como, por exemplo, deixar de se olhar no espelho, de se fotografar, ocultar partes do corpo. E também a evitação de vivências e interações interpessoais que envolvessem algum nível de exposição corporal. Por exemplo, frente ao incômodo pelo seu “sorriso gengival”, P1 relatou buscar sorrir de modo a ocultar essa característica, sorriso que descreve como “artificial”, e que não corresponde ao “jeito resplandecente que todo mundo diz que eu tenho” (P1).

Na medida em que o valor aversivo da forma corporal aumenta, também aumenta o valor reforçador de sua modificação. Como reflexo, as participantes ficam fusionadas ao corpo idealizado (futuro), e no esforço de se engajar em ações para alcançá-lo, se distanciam do momento presente e das contingências reforçadoras positivas que poderiam ter acesso. Ainda, as autorregras passam a controlar os comportamentos de modo predominante, o que resulta na redução da sensibilidade às contingências e da capacidade discriminativa.

Este tópico foi abordado sobretudo por P2. Muito mobilizada, relatou a dificuldade que tem enfrentado para se olhar no espelho atualmente, adiando esse momento para quando estiver magra.

Eu tô fugindo de olhar o meu corpo agora e colocando expectativa de quando ele vai tá daqui a uns anos. Eu tive o meu corpo que é o meu sonho hoje, mas quando tive eu não vi. É tão estranho pensar que lutei tanto por um corpo que eu já tinha e nem sabia (...) eu fico esperando estar magra pra finalmente me olhar, porque me olhar agora é me aceitar que estou assim (P2).

Assim, variados estímulos adquirem função aversiva. E os contextos potencialmente reforçadores se restringem ou são “contaminados” pela aversividade inerente à experiência de estar presente, já que o corpo é o principal aversivo em questão. O relato de P2 sobre o casamento de seus amigos ilustra este argumento. Apesar de destacar felicidade pela experiência, a preocupação com sua aparência e o modo como estava sendo vista e avaliada pelas pessoas agiu como estimulação concorrente: “(...) pensei ‘meu deus, é assim que as pessoas estão me vendo’. Ontem eu estava extremamente feliz pelos meus amigos e por pouco esse momento não foi roubado pelo modo que eu tava me sentindo desconfortável com o meu corpo” (P2).

Intervenções clínicas realizadas

Foram feitas intervenções visando trabalhar o controle de estímulos com relação à autodescrição e avaliação de si, bem como a percepção e descrição feita por terceiros: sob controle de quais ângulos, formas, características e momentos nós ficamos? E as outras pessoas? Nesse processo, fiz apontamentos a respeito do papel da cultura que se reflete no movimento coletivo de focar nos defeitos e no que precisa ser “consertado” ou “melhorado”, o que foi endossado pelo relato de P1:

Quando eu vi o vídeo [apresentado ao final do encontro] eu fiquei pensando que dizem que a gente tem que se amar, se cuidar, se gostar, mas como vamos fazer isso se não fomos ensinados a isso? Quando fiz transição capilar eu ouvia muitos comentários maldosos, até o cabelo entrar na forma cacheada. Hoje o movimento é o contrário, o comércio mudou, os produtos, foi uma mudança que começou em grupos e o comércio mudou. Não foi um trabalho só com a gente, mas também de fora pra dentro, da sociedade (P1).

Busquei sensibilizar as participantes para a distinção do tratamento dado a si mesma e às pessoas afetivamente relevantes, no intuito de estimular a autocompaixão e autocuidado. Sob controle de quais características e aspectos nós ficamos quando falamos/avaliamos pessoas queridas, animais de estimação? Diferente do que acontece quando se trata delas mesmas, as “imperfeições” das pessoas queridas são repensadas a partir da visão integral que se têm destas e suas qualidades parecem “compensar” os defeitos. Além disso, os defeitos não necessariamente se vinculam a aparência. Isto revela que a aparência não é um foco, e que há um esforço no sentido de valorizar ao invés de depreciar.

Objetivos e implementação das ações interventivas planejadas: o que mudou na prática?

Os objetivos do encontro foram atendidos. Contudo, alguns aspectos do planejamento foram modificados devido às necessidades terapêuticas que emergiram. Do mesmo modo, apesar de as intervenções terem atendido às necessidades terapêuticas, foi necessário adaptar sua a condução. Em síntese, o planejamento não foi seguido integralmente. Ao invés de equalizar o tempo destinado à socialização da tarefa de casa e a exploração temática do conteúdo dos vídeos, a maior parte do encontro foi destinada à abordagem da tarefa de casa, visto que movimentou muitas discussões e reflexões entre as participantes. Os vídeos foram utilizados como fechamento, sendo possível através dele propor reflexões sintetizadoras do que foi tratado ao longo do encontro.

Apenas algumas das perguntas listadas no planejamento do encontro foram diretamente abordadas, embora as outras tenham tido seu conteúdo central “diluído” ao longo dos relatos das participantes e de minhas intervenções clínicas. A tarefa de casa para o próximo encontro foi modificada devido ao nível elevado de aversividade que identifiquei que exerceria para uma das participantes específicas (P2). A atividade anteriormente pensada (envolvendo fotografias) envolvia exposição direta à própria imagem. O que configura um aversivo de alta magnitude para esta participante, que mesmo durante os encontros mantém sua câmera desligada a maior parte do tempo. Assim, busquei uma tarefa alternativa menos aversiva (a carta ao corpo).

Embora a nova tarefa de casa seja orientada por objetivos distintos da anterior, ela contempla necessidades terapêuticas importantes (como, por exemplo, trabalhar autocompaixão, autocuidado, flexibilização de autorregras, ampliação autodescritiva, etc.). Além disso, é uma atividade capaz de mediar o fechamento do grupo.

Especificidades da modalidade virtual e problemas técnicos

Mais uma vez aconteceram alguns problemas técnicos relacionados ao som e imagem (falhas, travas, etc.), mas que foram rapidamente contornados e resolvidos pelas próprias participantes. Com relação à plataforma utilizada, uma alternativa pensada foi o *Whereby*. Fiz novos testes com a pesquisadora assistente, mas devido a um problema irreversível com o áudio do meu *notebook*, seu uso foi descartado. Assim, o encontro ocorreu via *Google Meet*, seguindo a mesma lógica de trocar de sala virtual após o tempo de reunião ser expirado. Apesar de ter sido necessário utilizar o celular ao invés do *notebook* para manejar o encontro, o que inviabilizou os meus registros simultâneos, o

prejuízo clínico foi mínimo: o encontro foi conduzido de forma tranquila, os objetivos terapêuticos alcançados, e o nível de aprofundamento das questões tratadas foi satisfatório tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista da investigação científica.

Aprimoramentos necessários para o próximo encontro

Repensar uma plataforma de chamadas de vídeo foi a principal consideração nesse sentido. Uma das participantes sugeriu a plataforma *Jitsi*. Além disso, também configurou uma necessidade reorganizar o planejamento interventivo considerando as modificações implementadas neste encontro. Um outro aprimoramento importante consistiu no descompromisso, de minha parte, de realizar registros simultâneos durante os encontros – delegando esta função de modo exclusivo para a pesquisadora assistente. Embora eu tenha conseguido realizar a condução clínica e o registro das informações simultaneamente nos dois primeiros encontros, quando me desobriguei da função de registrar, pude me concentrar mais na condução da intervenção clínica. A redução do volume de tarefas e ênfase na condução do encontro me permitiu sustentar uma postura clínica mais leve, atenta, presente, facilitando o controle por contingências.

6.3.4 Quarta sessão psicoterápica em grupo

Frequência

Estiveram presentes no encontro P1, P2, P3 e P4.

Aspectos gerais do encontro

Em geral, o encontro foi bastante mobilizador para todas as participantes e também para as pesquisadoras. Até então, foi o encontro mais intenso emocionalmente. As demandas foram trabalhadas de modo eficaz e efetivo, e os efeitos terapêuticos foram relatados e observados. As participantes deram *feedback* a respeito de como se sentiram impactadas, mobilizadas e transformadas pela vivência do encontro. E apresentaram, no decorrer da sessão, comportamentos de melhora, como, por exemplo, exposição à vulnerabilidade, autodescrições positivas, flexibilização de autorregras e autorregras alternativas, autocompaixão, ampliação da percepção de si, dentre outros. Observei uma troca interpessoal bastante profunda, na qual as participantes adotaram papel de “terapeuta”. Isto é, atuaram de forma ativa na abordagem dos conteúdos trabalhados,

fazendo referências ao relato das outras participantes, apontamentos empáticos e questionamentos reflexivos em direção aos objetivos terapêuticos.

O foco do encontro foi a socialização da carta ao corpo, sobretudo a experiência de escrevê-la e os efeitos emocionais derivados. Exceto por P4, que em geral ficou mais sob controle de minhas perguntas, os relatos individuais foram bastante extensos, marcados por *insights* e associações entre eventos relacionados à história de vida. Foi possível notar raciocínio funcional e aumento da capacidade discriminativa, o que pareceu revelar ampliação do repertório de autoconhecimento. Tanto P1 quanto P3 apresentaram importante comportamento de melhora em sessão, a primeira tendo buscado suporte e cuidado em momento de fragilidade (recorreu a um amigo, pedindo apoio de forma direta e assertiva); e a segunda manifestando interesse e desejo de se ver ‘de corpo inteiro’, relatando que compraria um espelho ‘de corpo inteiro’ – o que não tem há anos.

Apesar de ter sido muito produtivo do ponto de vista clínico, duas das participantes (P2 e P4) não fizeram a tarefa de casa, ambas alegando falta de tempo. No entanto, uma delas (P2) aproveitou o próprio momento do encontro para escrever. Mais uma vez observei efeitos positivos frente ao meu descompromisso com os registros simultâneos, o que foi formalmente acordado com a pesquisadora assistente. Pude me debruçar mais livremente sobre as questões emergentes, sem dividir a atenção com o registro e sem me preocupar com possíveis perdas nesse sentido.

Principais disparadores (controle de estímulos)

A tarefa de casa “carta ao corpo” foi o principal disparador, a partir da qual foram feitas perguntas exploratórias a respeito da experiência de escrita, respondentes evocados, dificuldades, impressões e reflexões sobre a experiência das colegas. As perguntas mais focadas no objetivo deste encontro foram: além da aparência, quais outros atributos, características, possibilidades há num corpo? Como você acha que seu corpo se sente em relação a você? Se ele fosse uma pessoa que você conhece, desejaria estar perto e ser próxima a você? E você, gostaria de estar perto dele?

Demandas clínicas, reflexões e discussões abordadas no encontro

Sobre a escrita da carta ao corpo, P1 relatou ter entrado em contato com a própria história, seus com aspectos dolorosos, momentos de superação pessoal e familiar, desafios relacionados à vida profissional e financeira. Além disso, a carta evocou

reflexões sobre a finitude, momento em que depreciação do próprio corpo pareceu inaceitável:

(...) foi bem difícil, bem doloroso [escrever]. Chorei muito. Sofri muito (...) acho que se eu olhar pra minha história só eu sei o quanto eu lutei, o quanto foi difícil. Não sou a pessoa mais sofrida do mundo, mas venho de família pobre que fizeram de tudo pra me dar condições de estudar. Estudei psicologia quando meus pais nem sabiam o que era isso. Cheguei até aqui, lutei muito, sou feliz na minha profissão. Hoje tenho um trabalho que me dá a oportunidade de estudar de novo. Quando olho meu passado lembro de tudo que passei. Esse mês foi tocante porque uma pessoa do meu bairro morreu. Revisitei várias coisas e escrevi a carta. Pensei por que é tão difícil olhar pro meu corpo e gostar, mesmo reconhecendo todas as histórias e possibilidades dele e mesmo assim ainda não consegui alcançar uma satisfação. Só consigo tentar, tentar, correr, correr, correr e não alcançar. Acho que foi isso que me tocou tanto... fiquei pensando que é mais fácil amar o outro. Não é nem amar de priorizar, mas de não ficar julgando (P1).

A partir deste relato, P3 destacou que o exercício mobilizou reflexões acerca de sua relação com o ato de olhar para si mesma através do espelho, o que dialogou com a aceitação de si e autocompaixão:

(...) eu não tenho um espelho de corpo inteiro. Na minha casa só tem um único espelho de corpo inteiro. Só me vejo de corpo inteiro em lojas, em lugares que não são minha casa (...) vou comprar um espelho de corpo inteiro pra fazer um exercício de me enxergar. Eu tava em uma fuga de não me ver, uma pessoa até me disse isso. Mas agora vou comprar um espelho. Até me incomoda agora essa parte de cima, meu rosto, meu braço (...) consegui me ver no futuro (...) e fui por um viés de não me criticar, de me acolher pelo o que tô passando. Está sendo um novo olhar. Um exercício. Estou aprendendo. Fiz umas cartas em um *site* que vou receber daqui uns anos. Eu escrevi e me coloquei metas. Essas cartas sempre vão me fazer lembrar de falar pra essa P3 que ela tá no caminho, que ela vai chegar lá (P3).

Do mesmo modo, P2 resgatou reflexões a respeito de olhar para si mesma. Relacionou este ato a autovalidação, identificação de seus avanços e conquistas, bem como expectativas que almeja (inclusive em termos estéticos). Além disso, pareceu reconhecer o corpo como aliado e a responsabilidade e implicação pessoal no próprio processo de mudança – assumindo, assim, protagonismo diante da própria vida:

Durante essa semana a única coisa que pensei foi que preciso me olhar, meu corpo merece ser olhado. O espelho fica atrás da porta, escondido, e eu comecei a me olhar, e me olhar no espelho pra ir trabalhar. [Todas as participantes emocionadas]. Ontem à noite eu pensei ‘meu copo tá horrível, mas ainda quero me olhar’. Ainda quero fazer dieta, mas como eu vou notar a diferença se eu não me olhar? Eu não me pesava, mas como vou saber se emagreci se não souber meu peso? Parece que tudo na minha vida o esforço é dobrado. Minha psi questionou ‘que necessidade é essa de querer tudo logo?’ Eu preciso me esforçar o dobro para conseguir as coisas e não ter recompensas. Mas agora eu consigo malhar de novo.

E eu amo malhar. E eu tô em êxtase porque eu não tinha pensado nisso antes. Meu corpo não está a mesma coisa, ele já mudou. Meu corpo tem mais músculos agora do que há um ano. Fui comparar a biopedância, não quero entrar no mérito do peso, mas eu vi que a composição corporal mudou. Se eu não parar e me olhar como vou notar a diferença? Eu não quero mais deixar de viver e fingir que meu corpo não existe. Eu tava ignorando meu corpo, mas ele tá aqui. A gente passou por tanta coisa juntos, mas ele tá aqui. Nosso corpo é capaz de muita e eu preciso conversar comigo e fazer as pazes comigo. Outras pessoas não vão entender porque elas não precisam de mim o quanto eu preciso de mim (P2).

Por outro lado, P4 manteve postura rígida e severa em relação a si mesma, revelando insensibilidade à mudança e às intervenções realizadas nesse sentido. Ficou em evidência o modo como se responsabiliza de modo exclusivo pela aparência, a percepção do corpo de modo literal (com ênfase nos defeitos), insensibilidade a variáveis ambientais, e a dificuldade de estabelecer uma relação de autocompaixão. Além disso, a rigidez de autorregras que parecem derivar de regras típicas da cultura do emagrecimento/modificação corporal, como, por exemplo, “só depende de você”, “faça você mesma”, “quem quer, consegue”, “*no pain, no gain*”:

Eu não tenho essa dificuldade de me olhar. Em todos os cômodos tem espelho na minha casa, por dar uma amplitude. Não tenho como me esconder. ‘Assuma seu B.O’. Quando eu me vejo eu me vi (...) eu não fiz a tarefa, mas agora eu tava olhando a atividade e pensei ‘o que eu quero me dizer? Levante, vá a luta para emagrecer esse corpo (P4).

Histórico de instauração e manutenção das queixas e demandas clínicas

Houve o reconhecimento da privação afetiva e invalidação ao longo da vida, o que contribuiu para a aprendizagem de um padrão de comportamento invalidante e hostil sobre si mesma. Assim, o compartilhamento de experiências pareceu exercer função de validação, dispondo entre as participantes uma relação de identificação mútua:

(...) tá cada uma num canto, mas mesmo assim eu consigo ouvir P3 e me sentir contemplada, ouvir P1 e me sentir contemplada. Peguei um caderno e comecei a escrever quando vocês falavam (...) ligou um alerta em mim: ‘você precisa ser validada’. Sou muito invalidada na minha história de vida e a gente não se validar é um caminho terrível. Parece que existe o sofrimento que não é aceito e o que é. Eu tive pais casados, tive tudo, estudava em escola particular. Mas comecei a odiar meu corpo. Eu começava a me bater, eu chorava e parecia que tudo era meu corpo e ela tava errado. Aquele sofrimento era o pior do mundo e que ele [o corpo] era muito ruim (P2).

Pude perceber que a punição social decorrente da gordofobia a que as participantes são expostas fortaleceu o autojulgamento negativo. Estímulos como comentários negativos, sinalizações ambientais e mudanças no comportamento das pessoas em relação

ao ganho de peso (tanto de conhecidos quanto de desconhecidos), contribuíram para a criação de regras rígidas baseadas em autocrítica. As próprias regras estéticas destacam a responsabilidade individual pela forma corporal, condicionando o corpo gordo a uma série de aversivos. Diante disso, a exposição a contingências de punição social fortalece relações verbais nesse sentido. O tratamento social hostil endossa a hostilidade autodirigida, de modo que há replicação, a nível pessoal, do comportamento social depreciativo. Na ausência de relações verbais positivas, por oposição, as participantes aprendem que a única maneira possível de se descrever e perceber envolve julgamento crítico:

Um rapaz era muito solícito comigo antes, mas depois que engordei parece que eu não existo mais. Eu senti na pele sobre o gordo ser excluído (P2).

Mais que olhares de desaprovação, agora eu percebo que as pessoas me ignoram. As pessoas fingem não me ver. Se eu entro num local com alguém magro, elas são atendidas e eu não (P3).

(...) quando você se expõe e encontra pessoas que te conheciam elas são indelicadas e falam o quanto você engordou, perguntam o que aconteceu (P4).

A despeito da relação de culpa, autocobrança, sentimento de menos-valia, inconformidade e insatisfação, P2 trouxe uma perspectiva positiva e de ponderação a respeito de ser gorda:

Eu engordei mais de 30kg. Eu dei risada de um dia que me dei conta de que eu engordei, mas eu não morri. Na minha cabeça tudo iria por água abaixo [se engordasse]. Mas eu engordei e casei, engordei e vivi momentos felizes, engordei e vi meus amigos se casarem, engordei e viajei com meus amigos. No fim das contas a gente vê que o momento vale mais a pena (P2).

A partir de sua própria experiência, questiona o sentido fatalista atribuído ao “ser gorda”, reconhecendo a vivência de experiências que contrariam as relações verbais negativas e limitantes aprendidas culturalmente.

Intervenções clínicas realizadas

A partir de intervenções empáticas e uso de metáforas, busquei sensibilizar as participantes, sobretudo P1, sobre o caráter processual da aceitação corporal e autoestima, destacando o engajamento em ações valorosas apesar da insatisfação com a própria aparência. Fiz apontamento de algumas das ações nas quais se engaja, como, por exemplo, se expor à própria imagem (olhar para o próprio corpo), a contingências de reforçamento (através da prática de esportes, interação social, ações de autocuidado – inclusive ao participar do grupo terapêutico). Enfatizei a dificuldade do processo de aprendizagem de

novas relações verbais e maneiras de se comportar em termos da imagem corporal, dada à ampla influência das regras sociais e contextos que favorecem a insatisfação corporal e o tratamento hostil autodirigido.

As expectativas das participantes sobre si mesmas também foram alvo de intervenção, sobretudo as incongruências identificadas:

(...) no decorrer do que fui escrevendo, fui pensando em ter uma filha e colocar um nome forte, porque para mim ela tendo um nome forte ela não precisaria provar que é forte, como eu. Ela já seria. Mas agora penso que quero uma filha que se sinta acolhida, não que seja forte. Ao mesmo tempo fico criticando e detesto meus braços fortes, porque ter braços fortes não é ser feminina (P4).

Diante deste relato, intervi com uma pontuação a respeito do que a participante esperava de si mesma: ser ou não ser forte? O que significa ser forte e ter braços fortes? Estas questões mobilizaram reflexões sobre incoerências relacionadas às expectativas que têm sobre si mesma, o que torna difícil discriminar resultados positivos e favorece avaliações negativas.

Sobretudo em relação a P4, cuja postura rígida diante de si é notável, busquei fazer intervenções visando flexibilizar autorregras baseadas em autocrítica e sensibilizá-la a respeito de variáveis ambientais que dificultam as modificações corporais almejadas. Houve também um esforço para ampliar a visão de si e do corpo para além do seu aspecto concreto e literal: como seria se amanhã você acordasse sem o seu corpo? Diante deste questionamento, P4 respondeu: “sem o meu corpo eu tô morta e não quero morrer agora (...) não aceito esse corpo que tenho hoje, mas é o corpo que tenho e sem ele eu estaria morta” (P4).

Ao tentar explorar sua verbalização, a participante se esquivou mudando de assunto, de modo que foi necessário bloquear a esquiva através de perguntas temáticas sobre a carta ao corpo (que a participante não fez). Contudo, os resultados não foram satisfatórios, visto que a participante se manteve focada no aspecto concreto/literal do corpo, além de sustentar postura coercitiva consigo mesma. Ao explorar o que gostaria de estar fazendo e vivendo se já tivesse o corpo que gostaria, relatou: “eu queria estar na praia, caminhando de um lado pro outro, sem me preocupar que o outro está me olhando. Antes eu não ligava, mas agora me incomoda bastante (...) eu seguro a língua para não dar respostas para outras pessoas” (P4).

Quando questioneei se a participante iria a uma praia deserta, P4 negou. O que parece evidenciar a generalização da punição social para o contexto em que ela geralmente ocorre. Busquei sensibilizá-la para as consequências atrasadas da privação

autodirigida, a incontrolabilidade diante do corpo futuro e da perda de vivências possíveis no momento presente. Além disso, tentei questionar o motivo pelo qual a participante “controla a língua” diante de críticas e comentários depreciativos de outras pessoas, já que diante de si mesma não “controla a língua” para criticar a si mesma e ao seu corpo. Neste momento, as outras participantes intervieram buscando fortalecer P4 a respeito dos comentários depreciativos, oferecendo modelo de defesa pessoal, e estimulando que vivesse o que gostaria apesar de estar insatisfeita e desejar modificar sua aparência. Com base em suas experiências pessoais, ressaltaram efeitos positivos de se expor à vulnerabilidade e agir de modo comprometido com o que é importante:

Eu fui à praia e precisei comprar um maiô maior. Eu me senti muito desconfortável. Há anos que eu não ia à praia. Quando cheguei lá, ficava escondida, sem querer me expor. Fui a um passeio de barco, a água translúcida todo mundo mergulhou e eu não ia entrar, mas depois pensei ‘foda-se’ se iam me ver com minhas celulites, com minhas gordurinhas, porque eu não ia me privar disso. Foi o melhor mergulho que fiz, vou guardar pra sempre esse mergulho. Então, P4, não se prive de fazer o que você quiser. Mergulhe que você merece. Nosso corpo é o nosso templo que a gente deve adorar. A gente tem que começar a adorar o nosso corpo, o nosso templo (P3).

Objetivos e implementação das ações interventivas planejadas: o que mudou na prática?

Os objetivos foram atendidos e seguiram o planejamento da intervenção proposta. As intervenções utilizadas atenderam às necessidades terapêuticas e seguiram a maior parte do planejamento. A diferença consistiu na abordagem das perguntas exploratórias e temáticas. Observei grande demanda de escuta e relato espontâneo (que não ficou sob controle de minhas perguntas). Assim, a maior parte do encontro teve como foco as questões que emergiram a partir do relato espontâneo das participantes, tendo as questões planejadas uma função de apoio e síntese ao invés de atuarem como questões disparadoras, investigativas e interventivas. Em resumo, os temas que haviam sido pensados para serem tratados no encontro foram abordados, mas de modo menos diretivo, pois partiram do próprio relato das participantes.

Especificidades da modalidade virtual e problemas técnicos

Mais uma vez aconteceram alguns problemas técnicos relacionados ao som e imagem (falhas, travas, etc.), mas que foram rapidamente contornados e resolvidos pelas participantes. Com relação à plataforma utilizada (*Jitsi*), não houve nenhum problema, tendo a experiência sido positiva.

Aprimoramentos necessários para o próximo encontro

Avaliar o movimento do grupo, flexibilizar a postura terapêutica de acordo com tal avaliação e ponderar o uso das perguntas elencadas são aprimoramentos possíveis para este encontro.

6.3.5 Quinta sessão psicoterápica em grupo

Frequência

Estiveram presentes no encontro P1 e P3. As demais participantes justificaram a falta.

Aspectos gerais do encontro

Este encontro foi caracterizado pela ausência da maioria das participantes, o que prejudicou o fechamento do processo terapêutico. Apesar disso, as questões e conteúdos tratados em sessão mantiveram o nível de aprofundamento clínico observado ao longo do processo. Tratou-se de um encontro mobilizador onde reflexões novas se destacaram. Ficou evidente no relato das participantes a intensidade emocional vivenciada a partir do último encontro. Foi possível oferecer maior espaço de escuta às participantes presentes, de modo que o fechamento do processo cumpriu a sua função.

Principais disparadores (controle de estímulos)

Os principais disparadores deste encontro foram: a abordagem da tarefa de casa e impressões sobre o processo terapêutico (como foi, o que sentiram); perguntas relacionadas ao significado do corpo para além da aparência (o que o seu corpo faz que você não percebe que ele faz? Das coisas que seu corpo faz, o que independe da aparência?); e apontamentos relacionados ao modo de perceber o corpo (não é preciso gostar de todas as características do corpo para respeitá-lo e reconhecer potencialidades).

Demandas clínicas, reflexões e discussões abordadas no encontro

As participantes trouxeram suas impressões sobre o encontro anterior, retomando e sintetizando reflexões feitas ao longo do processo terapêutico. Nesse processo, mencionaram abertura para novas formas de se relacionar com o corpo, questionamento

das narrativas sobre si, incluindo a construção de narrativas alternativas, mais flexíveis e compatíveis com valores.

Histórico de instauração e manutenção das queixas e demandas clínicas

Chamou atenção o surgimento de uma nova reflexão, que até então não havia sido abordada. A partir da vivência do processo terapêutico, uma das participantes fez relação entre forma corporal e violência sexual. De modo inédito, apontou ter se dado conta de que a invisibilidade resultante do corpo gordo promoveu aumento de sensação de segurança em termos de exposição à violência sexual:

Há tempo eu já queria ter dividido algo que só depois do grupo eu fiz a analogia do porquê meu emagrecimento estar sempre travado, de emagrecer e voltar a engordar, o efeito sanfona. Eu sinto que da minha parte agora, falei em terapia, foi a questão de lembrar do passado e sofrer as violências. Sempre chamei atenção pelo formato do corpo. Com 7, 8 anos, um homem se masturbou na minha frente. Adolescente, já me pegaram à força, rasgaram a roupa. Cheguei a trocar de roupa, colocar uma mais comprida, mas mesmo assim acabaram me assediando. Inconscientemente tento não chamar mais a atenção. A P3 gordinha é menos notada. Dá mais segurança. A ficha me caiu aqui no grupo. Isso é um assunto que me deixa muito preocupada. Tenho 3 filhas e tenho medo que algo aconteça a elas. Mas vocês, a geração mais nova é mais empoderada e senti muita falta disso quando essas coisas aconteceram comigo. Toda vez que eu vinha na rua tinha medo de que algo acontecesse. Meu marido, na época namorado, presenciou um desses assédios e sempre ia me deixar e me buscar nos lugares. Hoje ainda tenho receio de ser alvo (P3).

Intervenções clínicas realizadas

A partir da tarefa de casa, trabalhamos as funções do corpo e a atribuição de descrições e significados simbólicos alternativos (e positivos) às características físicas incômodas. As intervenções tiveram como objetivo “desliteralizar” as construções verbais comumente associadas ao corpo. Para P3, foi difícil pensar no sentido e propósito do corpo para além de suas funções objetivas:

Foi um pouco difícil falar para que serve meu corpo, colocar funções positivas além do que ele já faz (...) pensei na papada, mas não vi a função da papada. Já as rugas não me incomodam (...) eu aceitei as minhas e tenho uma relação boa com elas. Acredito que elas são expressões de felicidades do meu rosto. Já as papadas não me trouxe nada de bom, como eu não poderia ver algo positivo, então tirei da frente. Sobre as funções do corpo, não escrevi muito, acabei recorrendo a um poema e a uma música (P3).

Diante disso, fiz uma intervenção com o objetivo de ampliar a percepção sobre a característica incômoda sobre a qual não conseguiu pensar (a papada), e busquei oferecer

modelo ao apontar a papada como um segundo sorriso, algo que “ampara” o sorriso, que fortalece o pescoço, ajudando-o a firmar a cabeça erguida. P1 endossou meu apontamento com comentários nesse sentido. Propus que não saber avaliar ou conceber dada característica de modo amoroso e/ou positivo pode ser uma oportunidade de refletir a respeito, resgatando o que já havia sido anteriormente trabalhado acerca de como aquela parte do corpo se sentiria caso pudesse falar. Ao final, P3 relatou que pensaria na papada com carinho. Destaquei, ainda, a ação da participante no sentido de “tirar da frente” a característica que não pudesse ser vista de maneira amorosa, pois existem outras características a serem observadas. Não focar no que pode ser negativo ou indiscutivelmente desagradável pode favorecer olhar para o que comporta flexibilização.

Ao ler o que havia escrito, foi possível notar o destaque dado às funções concretas e simbólicas relacionadas ao corpo. P3 fez referências aos sentidos (olhar, ouvir, sentir, tocar), bem como às experiências construídas a partir deles, especialmente a possibilidade de aproveitar as coisas boas da vida (o que, no primeiro encontro, enfatizou ser algo que gosta de fazer). A música e o poema escolhidos tiveram relação com as possibilidades que a existência, a partir do corpo, oferece, bem como a reivindicação do corpo como algo próprio e fonte de pertencimento.

Por sua vez, P1 ficou menos sob controle de aspectos concretos e literais do corpo, trazendo uma perspectiva focada na história de vida. A participante atribuiu ao corpo sentidos metafóricos, o situando como lugar onde a sua história é escrita, e, ao mesmo tempo, o compreendendo como ferramenta de construção da história que vive. Foi possível observar postura mais amorosa de diante do corpo. Chamou atenção que a participante utilizou humor e irreverência para atribuir descrições alternativas àquelas características corporais incômodas, o que parece ter contribuído para flexibilizar a visão negativa de si. Assim, as características negativas foram consideradas com menos seriedade e fatalismo, assim como a autocrítica.

Objetivos e implementação das ações interventivas planejadas: o que mudou na prática?

Os objetivos do encontro foram atendidos e seguiram o planejamento da intervenção proposta. As intervenções utilizadas atenderam às necessidades terapêuticas e seguiram a maior parte do planejamento. Dentre os elementos que não seguiram o planejamento prévio, destaca-se a dinâmica de fechamento do encontro, que foi

descartada em razão da ausência da maioria das participantes. Um outro aspecto que destoou do planejamento se refere a abordagem das questões temáticas e da tarefa de casa, uma vez que restou mais tempo para que as participantes presentes pudessem falar e aprofundar suas questões. Em suma, o planejamento contemplou as necessidades terapêuticas e cumpriu a sua função. O fechamento foi prejudicado por uma adversidade externa que não esteve associada à intervenção em si.

Especificidades da modalidade virtual e problemas técnicos

Durante o encontro, ocorreram algumas falhas técnicas breves e pontuais, como problemas no som e na imagem, mas as próprias participantes conseguiram resolver rapidamente. Quanto à plataforma utilizada, *Jitsi*, mais uma vez ela funcionou sem apresentar nenhum problema significativo, o que resultou em uma experiência positiva.

Aprimoramentos necessários para o próximo encontro

Um aprimoramento pensado consistiu em promover uma sessão extraordinária de fechamento, de modo a contemplar as participantes que faltaram ao encontro. Contudo, em razão da incompatibilidade de agenda entre as pesquisadoras e participantes, não foi possível realizá-la.

6.4 Avaliação da intervenção

A construção deste tópico teve como base as entrevistas individuais realizadas após a finalização do grupo terapêutico. Neste, farei apontamentos sobre os efeitos terapêuticos e resultados observados após a intervenção, tratando sobre os seguintes pontos: a análise qualitativa do BSQ, a experiência das sessões psicoterapêuticas em grupo, as alterações na relação com o corpo e aparência, os efeitos e variação comportamental após a intervenção, a modalidade virtual, breve e grupal da intervenção, a avaliação da terapeuta e do processo terapêutico, e finalmente os pontos críticos e questões a serem melhoradas.

6.4.1 Análise qualitativa do BSQ

Como é possível observar no Quadro 6, a análise qualitativa do BSQ aponta, à princípio, para níveis elevados de insatisfação corporal. E em seguida, para uma importante diminuição da intensidade dessa insatisfação entre todas as participantes. Apesar de ainda manterem um nível moderado de insatisfação corporal, a redução de intensidade pode ser um indicativo da eficácia da intervenção – que se propôs a manejar queixas relacionadas à imagem corporal e promover uma melhora na prática (e não eliminar e extinguir a insatisfação corporal). Este achado parece conferir à intervenção caráter promissor.

Quadro 6. Análise qualitativa do BSQ.

Participante	Pontuação da primeira aplicação do BSQ (agosto)	Nível de insatisfação corporal	Pontuação da segunda aplicação do BSQ (outubro)	Nível de insatisfação corporal	Diferença observada
P1	158	Grave	143	Moderada	Diminuição de 15 pontos
P2	170	Grave	137	Moderada	Diminuição de 33 pontos
P3	186	Grave	140	Moderada	Diminuição de 46 pontos
P4	129	Moderada	116	Moderada	Diminuição de 13 pontos

Fonte: autoria própria.

Na sua primeira aplicação, a maioria das participantes apresentava insatisfação corporal grave, com média de 160 pontos. Na segunda aplicação houve uma mudança do nível de insatisfação entre tais participantes, que passaram do nível grave para moderado, com uma média de 134 pontos. É pertinente destacar o caso de P3, cuja diferença de pontuação no BSQ após a vivência do grupo foi significativa (46 pontos). Este dado pode estar relacionado à adesão de P3, que ao longo de toda a intervenção demonstrou postura ativa no processo terapêutico, se apropriando da experiência de modo evidente. Além de participar de todos os encontros, se engajou com interesse, diligência e comprometimento nas atividades propostas.

Nesse mesmo sentido, há que se notar o papel do vínculo terapêutico como outra variável relacionada ao efeito positivo da intervenção para esta participante. A relação

terapêutica foi construída com facilidade e fluidez, tornando-se sólida e permeada por confiança. Ainda, é plausível que o vínculo também tenha sido um fator decisivo no caso das demais participantes. Em especial P2, que apresentou elevada diferença de pontuação nas duas aplicações do BSQ. Apesar das faltas e dos comportamentos de fuga e esquiva durante as sessões, P2 demonstrou abertura para o contato e disposição para vivência do processo terapêutico, o que viabilizou a construção de um vínculo potente.

Sabe-se que a relação terapêutica vem sendo apontada como um dos mais importantes fatores preditores de benefícios do processo terapêutico. Trata-se de uma relação composta pelo vínculo entre o psicoterapeuta e o paciente, os acordos sobre os objetivos e sobre tarefas da terapia. Numa perspectiva comportamental, é compreendida a partir das qualidades pessoais do terapeuta e do cliente em dado contexto clínico, sendo determinante da qualidade das análises feitas pelo terapeuta, bem como a eficácia do processo. Além disso, requer a implicação tanto do terapeuta quanto do cliente, não necessariamente é instaurada na primeira sessão, e é modificada constantemente no decorrer do processo (Cuijpers, Reijnders, & Huibers, 2019; Marques & Garbelotto, 2021).

Por outro lado, é importante ressaltar que os resultados e efeitos observados nestes casos não podem ser considerados isoladamente, pois tanto P2 quanto P3 já vinham trabalhando a insatisfação corporal na psicoterapia individual. Assim, é possível que fatores como adesão, participação ativa, vínculo terapêutico e entre as próprias participantes e psicoterapia individual contribuam e potencializem o sucesso terapêutico desta intervenção.

6.4.2 Experiência das sessões psicoterapêuticas em grupo

A experiência dos encontros foi descrita pelas participantes como interessante, satisfatória, proveitosa e dinâmica. Em geral, o grupo foi considerado “diferente” (sic). Visto que se configurou como uma experiência pouco usual em termos de cuidados em saúde mental, a vivência do grupo pareceu ser inédita para as participantes. Assim, é pertinente questionar a natureza dos serviços psicológicos ofertados, uma vez que a prevalência de modalidades individualizadas de atendimentos pode dificultar o acesso da população geral à assistência em saúde mental. Destaca-se a importância do trabalho grupal em relação ao modelo das psicoterapias individuais na atenção à saúde mental.

Além de favorecer e ampliar o acesso a serviços, essa modalidade apresenta algumas vantagens do ponto de vista terapêutico: aumento da fonte de reforço para além do terapeuta, já que o ambiente terapêutico e membros do grupo passam a exercer função reforçadora; a variedade de modelos, históricos e repertórios dispostos, os quais contribuem para a ampliação do autoconhecimento, discriminação e modificação de contingências (Castro Feitosa, Castro Feitosa, & Oliveira, 2016).

Ademais, o caráter atípico atribuído à experiência de psicoterapia em grupo esteve associado ao entendimento de que este oportunizou uma vivência única, marcada especialmente pela possibilidade de estar em contato com mulheres diferentes, de regiões distintas do Brasil, e que, no entanto, partilhavam questões emocionais e dificuldades comuns. Todas as participantes fizeram referência às demandas compartilhadas e à identificação mútua apesar das diferentes realidades, idades e histórias, etc. Isto parece ter sido um importante fator discriminativo para as contingências sociais que selecionam as relações entre corpo e beleza e padrão estético. Além disso, ressaltaram os sentimentos experimentados ao longo da experiência no grupo. O reforço social, refletido no sentimento de acolhimento, validação e apoio mútuo, parece ter contribuído para a adesão e a avaliação positiva da experiência do grupo:

Foi uma conexão muito boa de saber que mulheres tão distantes, assim, geograficamente e em relação à vida, tão distantes e que passaram pelas mesmas coisas e que viviam as mesmas coisas. Foi bem acolhedor (P1).

Foi um grupo diferente né, a proposta também eu achei diferente (...) a parte melhor que eu achei foi em saber que tem outras pessoas vivenciando e sentindo a mesma coisa que eu sinto, essa inadequação, desse conflito em como você é e como você gostaria de ser, se você se aceita ou se você não se aceita. Pra mim a melhor parte mesmo é saber que tem outras pessoas sentindo o que eu estava sentindo (P4).

Às vezes sensibilizada, às vezes motivada. Me senti aprendendo, me senti acolhida, acho que uma das coisas que eu mais me senti foi acolhida (P1).

É possível observar que por serem capazes de dispor reforçamento social positivo, os membros do grupo constroem vínculos potentes que se sustentam e são permeados pela identificação mútua (sobretudo experiências emocionais e dificuldades), construção de alianças e pelo suporte ofertado em direção ao acolhimento e melhora dos outros membros. Além disso, atuam como facilitadores do processo de modelação social, e contribuem para a variação comportamental ao oferecer modelo, prover reforço imediato

e ensinar novas habilidades num contexto que se aproxima do ambiente natural (Delitti & Derdyk, 2009).

6.4.3 Alterações na relação com o corpo e aparência

De modo geral, os encontros afetaram positivamente a relação com o corpo e aparência. As participantes relataram mudanças na percepção de si e na autodescrição, as quais passaram a incluir outros aspectos e características para além do corpo objetivo. Ao invés de ficarem apenas sob controle de características físicas (sobretudo daquelas consideradas inadequadas e desagradáveis), múltiplos estímulos passaram a controlar a percepção de si, rompendo, assim, com a “visão fragmentada” que tinham anteriormente. Além da ampliação qualitativa em termos de autorreferência, as participantes pareceram mais sensíveis a atributos valorativos para além da aparência:

Uma das coisas que me impactaram muito foi a mudança de como eu me vejo. Assim, não fisicamente, mas de como eu me vejo como pessoa. De como eu me valorizo ou então como eu sou paciente comigo mesma, como eu me acolho, de como eu posso olhar, por exemplo, pra tudo que eu passei, o que eu fiz, o que eu consegui (...) (P1).

Assim, é possível considerar que houve aumento de flexibilidade psicológica em relação à aparência. A aceitação corporal também foi observada, o que minimizou e/ou neutralizou preocupações dessa natureza. Apesar de ainda presentes (e de sinalizarem punição social), outras características para além daquelas geradoras de insatisfação corporal passaram a exercer controle sobre as descrições sobre corpo. A partir do múltiplo controle das verbalizações e respondentes associados ao corpo, pôde-se flexibilizar as autorregras autodescritivas de identidade (relação eu-corpo). Infere-se que a imagem corporal e suas relações identitárias puderam ser modificadas através das intervenções. O corpo passou então a exercer múltiplos controles discriminativos:

Não é como se eu achasse, antes, que era tudo, né? [a aparência]. Que só existia aparência. Não, não achava, mas assim, era o foco do meu dia algumas vezes. Também não era todos os dias (...) acho que o que mudou em relação a isso, como eu vejo a aparência, como eu vejo ela central, talvez, é que existem outras coisas. Eu consegui perceber que existem outras tantas coisas sobre mim além de aparência (P1).

A aparência é nosso primeiro cartão de visita pra nossas relações, sejam pessoas, de trabalho... e acredito que pra mim ainda é um pouco difícil aceitar ser julgada pelo olhar alheio, mas agora o incomodo é bem menor (P3).

Ainda nesse sentido, a relação com o corpo foi repensada a partir do reconhecimento da discrepância entre a avaliação que faziam de terceiros e a autoavaliação, bem como do papel da aparência em suas relações interpessoais. As participantes puderam questionar o sentido fundamental conferido à aparência, posto que em suas relações (especialmente as afetivas), esta ocupa um papel secundário ou pouco relevante. Essa forma alternativa de conceber a aparência pareceu contribuir tanto para relativizar sua importância (acerca da identidade e dos valores), quanto para ponderar e nivelar os critérios a partir dos quais julga os outros e a si mesma:

(...) É interessante que são dois pesos e duas medidas. A aparência do outro, pra mim, vem depois, às vezes, até. Mas a minha aparência, na minha opinião, definia tudo, era ela que definia tudo tanto pro 'sim' quanto pro 'não'. Mas de acordo com o que a gente foi falando aqui, o 'depois' [o que significa a aparência depois dos encontros em grupo] seria pensar a aparência como 'algo', parte de quem eu sou, parte de um todo (P2).

Outras alterações relatadas abrangeram o aumento de comportamentos de autocuidado e autocompaixão, tais como validação pessoal, acolhimento, valorização de si, diminuição de autocrítica e autojulgamento. A emissão de comportamentos valorosos e mudanças nas autorregras também foram notadas:

[A experiência dos encontros] afetou positivamente. Me fez olhar de uma forma carinhosa, acolhedora, pra mim mesma. Não me julgar tanto, não ser tão crítica (P3).

Uma coisa que me marcou muito foi a questão do me olhar. Eu tenho muito problema em me olhar e me ver no espelho, e ver meu tamanho (...) toda vez que eu vou me olhar ou eu penso em não me olhar no espelho, eu lembro da importância de fazer isso, eu lembro o quanto é uma rebeldia se olhar no espelho. E é uma rebeldia que tem que ser feita (P2).

Na medida em que não ficou sob controle da esQUIVA experiencial, P2 exerceu uma ação comprometida com valores relacionados ao autocuidado e autocompaixão. Apesar do desconforto em se olhar no espelho, o comportamento de P2 foi controlado pelas consequências atrasadas de se olhar (validação da própria existência, monitoramento dos seus avanços, identificação de melhoras estéticas, etc.). Além disso, a partir do relato é possível afirmar que a participante compreende o ato de se olhar no espelho como um ato de resistência. Considerando que a comunidade verbal impõe regras estéticas que desautorizam o seu corpo a existir (na forma como este se apresenta naturalmente); e que a partir deste corpo sua vida é qualificada de modo pejorativo, o seu

comportamento exerce função de contracontrole, mobilizando um enfrentamento corajoso frente a uma realidade hostil e excludente.

Contrariamente, os relatos de P4 indicam que as alterações na sua relação com o corpo e aparência foram mínimas. Em sua percepção, os encontros em grupo pouco contribuíram para promover mudanças nesse sentido. Como tratado anteriormente, essa participante apresentou ao longo de todo o processo uma importante rigidez cognitiva e padrão de comportamento autocrítico e exigente. Além de permanecer pouco sensível às variáveis ambientais e ao papel da cultura na promoção e manutenção de insatisfação corporal, P4 manteve autorregras rígidas associadas à responsabilização pela aparência. Imersa em uma cultura produtora de insatisfação corporal, P4 continuou reproduzindo, de modo inflexível, relatos como “se eu me esforçar mais, então vou perder peso”, “se não correr atrás do prejuízo, vou continuar nessa”, “a matemática é simples: fazer mais exercício e comer menos”. A partir destes relatos é possível notar elementos típicos da pressão estética fomentada pela cultura, como, por exemplo, raciocínio meritocrático, culpabilização autodirigida, incapacidade individual, desconsideração dos limites pessoais e o terrorismo em torno da aparência física “desviante” da normativa estética vigente (Vilhena et al., 2005; Novaes & Vilhena, 2003, Wolf, 2020).

O controle centralizado no corpo objetivo e nas características físicas percebidas como inaceitáveis dificultou a ampliação discriminativa de outros aspectos, características e elementos desvinculados de aversividade. Assim, a autodescrição seguiu fundamentalmente permeada por qualificações negativas e relações verbais depreciativas. O corpo, percebido como aversivo (e causador de aversividade), seguiu evocando comportamentos de rejeição e afastamento por parte de P4, além de efeitos emocionais mobilizadores e desagradáveis (tristeza, raiva, inconformidade, etc.). Contudo, embora seu relato indique que a intervenção não foi suficiente ou capaz de modificar sua relação com o corpo, a segunda aplicação do BSQ revelou diminuição de intensidade da insatisfação corporal em 13 pontos. Cabe então questionar: a intervenção não produziu alterações na relação com o corpo e aparência ou o rígido controle por regras dificultou a discriminação das alterações?

Ainda sobre P4, é possível dizer que os efeitos terapêuticos produzidos pelo grupo estejam mais relacionados ao reforço social advindo do compartilhamento de experiências. Uma vez que desde o início da pandemia P4 vivencia significativa privação social e afetiva, o grupo foi contexto de socialização e teve como função a promoção de reforçadores sociais. Isto resultou no que parece ser o sentimento de pertencimento e

consolo por ser compreendida e partilhar uma vivência comum, incluindo insucessos relacionados à modificação corporal desejada:

[A experiência do grupo em relação ao corpo e aparência] não me afetaram não porque esse incômodo que eu tenho eu sabia que não iria modificar, não era uma questão de modificar como eu me sinto, mas me deu um acalento, né, se eu posso dizer assim, em saber que tem outras pessoas que sentem o que eu sinto, então nesse sentido sim (P4).

A participante parece associar aceitação corporal à conformidade e resignação diante da aparência com a qual está insatisfeita. O que talvez explique a insensibilidade e esquiva diante das intervenções que foram feitas nesse sentido, já que, nesse caso, aceitar a própria aparência seria equivalente a se manter na condição estética que rejeita:

Não modifiquei a minha posição em relação a isso [aparência e corpo], não modifiquei não. Tanto que na semana passada eu procurei um médico nutrólogo, ele me mandou pra uma nutricionista, estou fazendo algumas alterações. Mas sendo sincera, não foi por causa do grupo, foi mais uma atitude minha mesmo porque estava me incomodando muito. Principalmente pelo fato de eu não me ver nesse corpo e eu nunca ter esse corpo. Então pra mim é algo novo me aceitar nele, em algo que não me traz alegria, não me deixa confortável entendeu? (...) hoje, eu tava quase 15kg acima do meu peso que eu me sinto bem, que eu me sinto confortável, é muito complicado (...) eu acho que se a gente não tá feliz com o que está e ficar nesse conflito eu acho que é pior. Ou você toma uma atitude ou se resignifica e aceita como é (P4).

Sabemos que algumas variáveis afetam a seleção e manutenção do responder sob controle de regras. Dentre elas, se destacam a história de correspondência entre a descrição e os eventos do ambiente a que ela se refere e a presença de variáveis sociais (Veiga & Leonardi, 2012). No caso de P4, parece haver uma combinação dessas variáveis. Além da extensa aprendizagem sociocultural em torno da modificação corporal e emagrecimento dependerem da ação individual (foco, esforço, etc.), P4 recebeu modelos nesse sentido ao longo de sua história de vida, já que faz parte de uma família de atletas – ou seja, pessoas cujo desempenho e forma física são orientados e construídos predominantemente pelas ações individuais.

Assim, além de fazer parte de uma cultura mais ampla que condiciona aparência física ao esforço individual, P4 esteve exposta ao longo de sua vida a uma cultura e modelo familiar baseada nessa mesma lógica. Não ser atleta numa família de atletas parece configurar um contexto favorecedor para a emissão de comportamentos de autocobrança, comparação e responsabilização pessoal. O ganho significativo (e inédito) de peso durante a pandemia pareceu atuar como uma operação estabelecadora para comportamentos de modificação corporal, em paralelo ao aumento do valor reforçador

do emagrecimento. Parece que há um conflito entre a aprendizagem por regras e os modelos recebidos e a exposição direta às contingências: de um lado, a convicção e constatação de que a aparência corporal depende exclusivamente de si, e os fracassos sucessivos das tentativas feitas por conta própria.

Em casos como este, o encaminhamento para atendimento individual concomitante pode ser oportuno.

6.4.4 Efeitos e variação comportamental após a intervenção

Os principais efeitos e variações comportamentais mencionados pelas participantes incluíram modificação da função discriminativa do corpo, com a contemplação deste e a sinalização de reforçadores atuais; possibilidade de aproveitá-lo no momento presente (do jeito como é/está); aumento de respostas de baixa frequência, tais como se olhar no espelho e agir com autocompaixão em relação ao corpo (com tolerância, paciência e amorosidade); e também a redução de respostas de punição positiva, como autocobrança e autocrítica. Estas novas relações, promovidas pela experiência do grupo, mostram as múltiplas funções que o corpo pode exercer.

Acredito também que o compartilhamento de vivências dolorosas, a atenção dada às próprias verbalizações e das outras participantes, a modificação de relações a partir das experiências e a abertura frente aos comportamentos privados (sobretudo os desagradáveis) foram frutos da dinâmica grupal. Estas suscitaram efeitos terapêuticos importantes, como os seguintes relatos:

Com certeza se olhar mais (...) ir na frente do espelho, se observar. E (...) tentar aceitar realmente meu corpo, não de maneira passiva, mas aceitar no sentido assim... a história que ele carrega (...) sabe aquele momento da terapia que você se percebe falando uma coisa que define tudo? E nem foi o outro que falou, foi você mesmo. Já me negligenciaram muito, eu já fui invisível muitas vezes, e eu tava fazendo isso de novo comigo. Então quando eu mesma falei assim, que eu queria me ver, eu queria ser vista por mim, foi muito marcante (P2).

O impacto assim grande que eu senti foi o que eu escrevi pra mim mesma (...) ‘poxa, P1, você só vai ter esse rosto do jeito que ele tá, por exemplo, essa pele, esse corpo, esse olho, esse sorriso, essa forma que você está hoje, hoje, agora, por um tempo determinado’. Então existem tantas possibilidades pra eu curtir isso, pra olhar pra isso, e eu olho não gostando o bastante, sendo que eu posso aproveitar um pouco dessa P1 que eu sou hoje, até quando eu for outra P1 (...) e eu tive a sensação de ‘meu deus, será que vai ser sempre isso? Será que nunca vou conseguir olhar pra mim de forma melhor? Será que eu nunca vou me achar

bonita...?’ e aí eu fiquei com essa angustia, e novas coisas surgiram daí porque (...) não necessariamente, por exemplo, a vida é sobre se achar bonita (P1).

O questionamento do sentido da vida tratado por P1 pode ser compreendido como um rompimento do seguimento das regras a que as mulheres estão expostas. Na contramão do que é ostensivamente apresentado pelos veículos de comunicação de massa e orientado pelos interesses de mercado e consumo, esse questionamento oportuniza a reflexão crítica sobre o que é importante. Se não necessariamente a vida é sobre se achar bonita, sobre o que é a vida, afinal? E sobre o que é a minha vida, em particular? O que importa e para quem?

A mobilização de reflexões nesse sentido torna possível confrontar aprendizagens desfavoráveis à autoestima saudável e ao desenvolvimento pessoal. Além de viabilizar a revisão de significados atribuídos ao corpo, à si mesma e à vida, permite que o julgamento crítico se desloque de uma perspectiva internalista e focada no corpo objetivo para se dirigir aos determinantes ambientais que produzem sofrimento. Há, então, um aprofundamento reflexivo que envolve o sentido existencial do viver – um viver que é experienciado no e através do corpo, para além das aparências.

6.4.5 Modalidade virtual da intervenção

A respeito da modalidade virtual da intervenção, as participantes relataram ter sido cômodo, além de ter viabilizado a participação – que de outro modo não teria sido possível. Embora a temática ainda careça de maior exploração pela comunidade científica, este dado corrobora o que a literatura tem apontado em relação aos serviços psicológicos *on-line*, que se mostram vantajosos em termos de disponibilidade, conveniência e acessibilidade (Pieta et al., 2015; Bittencourt et al., 2020).

A utilização da câmera durante os atendimentos foi um fator considerado importante para a qualidade da intervenção, tendo contribuído para o estreitamento do vínculo entre as participantes a partir da identificação e reconhecimento de emoções e expressões. Além disso, contribuiu para aumentar a naturalidade dos encontros.

Foi cômodo pra mim (...) dentro da minha vida foi cômodo (...) não sinto desconforto com o modo *on-line* (P1).

A câmera aberta foi fundamental. A Amanda [psicóloga] percebia nossos sentimentos, nossas angustias, nossas expressões. Ligar a câmera tem que ser

obrigatório, mesmo se sentindo descabelada, feia, é como somos na realidade. Fez que mesmo longe nos aproximasse, nos conectasse (P3).

O atendimento virtual mediado pelo uso de câmeras pode ser vantajoso no sentido de minimizar o custo de resposta para ir à terapia, dada a rápida possibilidade de fuga e esquiva (desligar ou inventar que caiu a conexão). De acordo com Sola, de Oliveira Cardoso, dos Santos & dos Santos (2021), a utilização da câmera é uma importante distinção do *setting* virtual grupal em relação ao formato presencial. Para os autores, a possibilidade de que os membros vejam suas próprias imagens (que se destacam durante os relatos) funciona como uma espécie de “espelho de si mesma”. Este recurso é potente no sentido de contribuir para o foco no momento presente, manutenção da atenção no relato e expressão das falantes e de si mesma.

Por outro lado, pode culminar em questões a serem trabalhadas do ponto de vista interventivo. Este foi o caso de P.E., que apresentou alguns comportamentos de fuga e esquiva (manter a câmera desligada, desligar a câmera após algum tempo e/ou apontamento), e também de P2, que precisou de maior vinculação e de intervenções empáticas para se sentir a vontade em relação à câmera.

Embora a exposição à própria imagem possa se configurar como um evento potencialmente mobilizador para pessoas que lidam com insatisfação corporal, ver a própria imagem na tela não foi trazido como um fator que teve um peso na participação do grupo. O que se observou foi a possibilidade de estreitamento de vínculo e aproximação afetiva entre as participantes. Mesmo as situações supracitadas serviram como contexto para fortalecimento do vínculo entre as participantes. Diante do incômodo, vergonha e receio apresentados por P.E. e P2, as outras participantes fizeram intervenções empáticas e apaziguadoras que contribuíram para que ambas se sentissem mais a vontade com a câmera: estimularam que elas aparecessem do jeito como estavam, naturalizaram a aparência real, reconheceram seu próprio incômodo e destacaram o objetivo de se verem, que não tinha relação com avaliação estética.

Contudo, ao compararem com o formato presencial, reconhecem algumas desvantagens, principalmente a perda da qualidade do contato social: “(...) se tivesse, claro, como ser presencial, acho que o impacto presencial de fato tem outras coisas, vem outros fatores, vem a gente convivendo, a gente se olhando, mas pra mim foi cômodo” (P1).

Embora os serviços psicológicos mediados pela tecnologia sejam promissores e demonstrem bons resultados no tratamento de vários transtornos mentais, ainda há

discussões importantes acerca de seus limites e desvantagens. O prejuízo na relação terapêutica, empobrecimento do vínculo e da comunicação não verbal são alguns pontos centrais desse debate, que demanda maior investigação científica (Pieta & Gomes, 2014; Assi & Thieme, 2019; Pieta et al., 2015). Portanto, é impreterível a criação de condições e implementação de estratégias que preservem, fortaleçam e priorizem a relação e o vínculo terapêutico.

No caso desta pesquisa, algumas medidas envolveram o uso de autorrevelação, adoção de postura casual por parte da terapeuta-pesquisadora, uso de recursos como construção conjunta de *playlist*⁸ e estímulo ao uso da câmera durante as sessões. Contudo, há que se considerar que o relato anterior aponte para limitações da própria modalidade e para suas desvantagens quando comparada à presencial. Por outro lado, conceber essa realidade material (que é distinta do modelo tradicional e, para muitos, nova) como parte inerente do próprio formato da psicoterapia *on-line* e como uma questão clínica a ser trabalhada pode contribuir para o enfrentamento de frustrações, nivelamento de expectativas e maior aproveitamento do processo terapêutico.

Os problemas técnicos, comuns no *setting* virtual e presentes no grupo, foram considerados mínimos, sem impactos ou prejuízos significativos. Isto parece ter sido consequência das estratégias de adaptação empregadas tanto pela terapeuta quanto pelas participantes, pela familiaridade destas com a tecnologia e internet, bem como do apontamento prévio sobre a possibilidade de falhas técnicas acontecerem e orientações de manejo, as quais foram feitas através do contrato terapêutico, antes do início das sessões: “Mesmo com os problemas, foi uma perda mínima, quase nada. Foi bem adaptado. A gente se adaptou bem” (P3).

6.4.6 Modalidade grupal da intervenção

Já em relação à modalidade grupal, as participantes enfatizaram ter se tratado de uma experiência diferente e nova. Este ineditismo se relacionou ao fato de nunca terem feito terapia em grupo anteriormente, e também pelo contato estabelecido com pessoas de outras regiões do país. Isto contribuiu para que as participantes se sentissem acolhidas e validadas, reduzindo, assim, o sentimento de solidão diante dos problemas que

⁸ A *playlist* está disponível na página final da dissertação.

motivaram a participação no grupo. Mais uma vez, o papel do reforço social é destacado, revelando o caráter promissor do trabalho com grupos (Delitti & Derdyk, 2009):

Nunca tinha feito uma terapia em grupo, foi extremamente proveitosa. Ouvir o outro, o que o outro tá passando é muito visionário. Esse compartilhamento de sentimentos parecidos com os nossos, faz a gente vê que o problema não é só com a gente (P3).

A ideia de você saber que você não tá só é importante (P2).

Para P4, no entanto, a experiência foi diferente. Embora tenha compartilhado a percepção das demais participantes no que se refere à modalidade grupal dos encontros, considerando-a positiva, a modalidade virtual reduziu, para ela, os efeitos terapêuticos do grupo. Dada a sua realidade de *homeoffice* e isolamento social, as atividades virtuais atualmente mediam a maioria dos seus compromissos e das interações que mantém. Além de adquirir aversividade, a virtualidade sinalizou para esta as limitações às quais está exposta desde o início a pandemia. A falta de maior contato social que P4 menciona em seu relato parece dialogar com sua demanda clínica de privação socioafetiva:

Minha vida hoje praticamente é *on-line* (...) você termina se isolando muito (...) termina interagindo só *on-line* mesmo e eu acho que o contato físico a gente perdeu muito, principalmente por causa da pandemia (...) então eu sinto falta disso (...) teria sido melhor se tivesse sido presencial [o grupo]. Ainda tem um agravante que eu moro sozinha (...) então veja a história: eu já tô isolada porque eu tô no *homeoffice*, fico aqui isolada por conta de morar sozinha, e com o *homeoffice* eu fico mais isolada ainda. Até de um toque físico, às vezes a gente encontra uma pessoa na rua, dá um beijo de um lado, um abraço... disso eu sinto falta (P4).

Esta é uma percepção que parece ter sido potencializada pelas expectativas que a participante tinha em relação ao grupo, as quais destoaram de sua proposta original e ultrapassaram seus limites. É possível que a participante não tenha compreendido bem a proposta da intervenção, ou que não tenha ficado sob controle desta, visto que o grupo foi apresentado como uma intervenção *on-line* desde a sua divulgação inicial. Como já foi discutido, é possível que para P4 o grupo tenha exercido mais a função de contexto para socialização, do que de uma intervenção psicológica propriamente dita:

Eu gostei do grupo. Gostei. A única coisa específica que eu falo é justamente de não ter sido presencial, né, mas que não poderia ter acontecido justamente por terem pessoas de estados diferentes. Talvez um grupo presencial rendesse mais, principalmente quando finalizasse, ia ter um cafezinho, um *coffe break*, uma confraternização, uma troca de telefone, de e-mail, ‘vamos marcar outra vez pra gente se encontrar’, um almoço, um *happy hour*, um jantar, uma saída no shopping, então isso eu posso dizer que é um ponto crítico. Essas relações que foram iniciadas vão se perder no tempo, vão se perder, não vai ter como...

principalmente que já terminou o grupo e de lá para cá ninguém interagiu. Então é importante essa continuidade, eu acho que é importante essa continuidade (P4).

Visto que a participante parece ter criado expectativas no sentido de construir relações aprofundadas, que não se encerrassem diante da finalização dos encontros, torna-se importante investigar mais detalhadamente as expectativas frente à intervenção e nivelá-las de acordo com a realidade. Isto pode ser feito através da solicitação de *feedbacks* ao longo de cada encontro, do destaque aos limites da intervenção, de esclarecimentos mais efetivos sobre a proposta e objetivos, e a partir do resgate do contrato terapêutico. Embora ultrapasse o propósito do grupo, o estímulo à autonomia das participantes para dar seguimento aos vínculos construídos pode ser interessante para o fortalecimento da rede de suporte social, principalmente em casos onde há fragilidade desta.

6.4.7 Modalidade breve da intervenção

Ao longo do processo terapêutico grupal, as participantes fizeram alguns apontamentos a respeito da quantidade de sessões. Em sua maioria destacando o interesse na continuidade dos encontros:

Eu acho que se eu pudesse eu prolongaria mais os encontros, não em tempo, até porque as rotinas da gente são cansativas e a gente não podia se estender tanto, mas se fosse um... se tivesse um grupo como esse em estilo permanente eu com certeza estaria inscrita (P2).

Embora a modalidade breve não tenha sido apontada ou considerada um problema, e nem tenha prejudicado a experiência de participação, é possível que uma quantidade maior de sessões ampliasse os efeitos terapêuticos. Além de expandir as possibilidades interventivas, isto permitiria tanto a abordagem de outras nuances da temática quanto o aprofundamento daquelas que foram tratadas. Por outro lado, considerando a quantidade de faltas e evasão – que em sua maioria ocorreram em decorrência de indisponibilidade e compromissos de trabalho – é possível que a coesão grupal se esvaísse. É preciso considerar que a facilidade de execução do grupo é favorecida pela menor quantidade de sessões. Ademais, este aspecto o torna mais factível em termos de replicação em diferentes tipos de serviços psicológicos, sobretudo àqueles caracterizados por alta demanda e poucos recursos humanos.

As intervenções psicológicas de modalidade breve têm especificidades próprias e podem trazer alguns desafios. De modo geral, a investigação científica sobre a temática ainda é limitada, e mais estudos relacionados à eficácia terapêutica e produção de efeitos desejados precisam ser realizados (Castagnaro, Mombelli & Moura, 2022). Neste aspecto, considero que a presente intervenção apresentou efeitos terapêuticos positivos considerando seus objetivos norteadores (que não tiveram a pretensão de eliminar ou resolver de forma definitiva a insatisfação corporal). Assim, acredito que a modalidade escolhida foi favorecedora.

6.4.8 Avaliação da terapeuta e do processo terapêutico

O processo terapêutico foi bem avaliado pelas participantes. Em seus relatos elas destacaram conforto para falar sobre suas experiências, o ambiente validante e acolhedor, o fortalecimento e suporte mútuo, bem como efeitos terapêuticos durante e após cada encontro. Os momentos dolorosos foram considerados como parte fundamental do processo, e na percepção das participantes esteve a serviço da melhora clínica. Por sua vez, a melhora clínica foi percebida em termos de sentimento de libertação de preocupações incessantes sobre a aparência, vislumbre de novas perspectivas e possibilidades de se relacionar consigo mesma e com o corpo, alívio pelo compartilhamento de experiências e validação:

Coisa bem específica de terapia (...) é doloroso, mas não é uma dor ruim. É como fazer uma liberação miofacial, dói igual a desgraça, mas depois você sente aquele musculo livre (...) a gente lembra nosso passado, de fragilidades, vulnerabilidades, mas ao mesmo tempo que dói, é gostoso olhar pra isso e ver, talvez, de outro modo (P1).

Foi maravilhoso, queria continuar. Eu ficava na expectativa de acontecer. Provocou muita reflexão. Os vídeos, as músicas. Foi libertador. Imagino que não só pra mim (P3).

Eu acho muito bom esse tipo de abordagem em grupo porque vem aquela história, uma vem ajudando a outra, uma vai pegando na mão na outra, onde a outra tá se sentindo mais fraca, a outra tá se sentindo mais forte (...) essa ajuda em grupo (...) além de pertinente, eu acho que todas ganham, quem tá ajudando e quem tá sendo ajudado (P4).

Com relação ao comportamento da terapeuta, as avaliações também foram positivas. De modo unânime, as habilidades clínicas e interventivas da terapeuta foram destacadas, sobretudo em relação à sua postura durante os encontros (segurança, firmeza),

às intervenções empáticas (acolhimento, validação, escuta ativa, abertura, disponibilidade), e àquelas focadas em questionamentos reflexivos (apontamentos e perguntas):

Ela [a terapeuta] tem uma habilidade muito grande de validação. Ela é muito acolhedora, ela valida muito o nosso relato, ela se coloca realmente como uma pessoa que está ouvindo, que está prestando atenção. Acho que o sentimento mesmo é de acolhimento (P1).

Senti sempre uma abertura total, disponibilidade de ouvir, de me acolher, mostrar outros caminhos, outros olhares. Me senti segura, aberta pra falar (P3).

Ela conseguia fazer os ganchos com os discursos de cada uma, trazendo pra um único objetivo, fazendo com que as pessoas falassem como estavam se sentindo em relação ao tema e se sentissem confortáveis (...) achei que houve um acolhimento muito grande em relação a isso (P4).

O destaque dado às habilidades terapêuticas é apoiado pela literatura. Fundamentais não apenas para construir e solidificar a relação terapêutica, mas também para mediar às intervenções clínicas, as habilidades terapêuticas incluem empatia, autenticidade, aceitação, escuta ativa, habilidade para instruir e observar, demonstrar segurança, agir de modo diretivo, criativo e disponível, além de utilizar de forma criteriosa o humor. Outra habilidade importante é a capacidade de utilizar as próprias emoções como instrumento do trabalho clínico. Resguardados os limites pessoais e éticos do psicólogo, a utilização dos próprios sentimentos a serviço do processo terapêutico contribui para que o clínico entenda melhor as contingências evocadas e/ou estabelecidas durante a sessão e na relação terapêutica (Abreu-Motta, De-Farias & Coelho, 2010).

Na percepção das participantes, as intervenções baseadas em autorrevelação exerceram importante função terapêutica. Além de oferecer modelo de exposição à vulnerabilidade e de enfrentamento alternativo para situações-problema, contribuíram para que as participantes se sentissem compreendidas, e, assim, fortaleceram o vínculo:

Nunca vou esquecer da carta⁹ da Amanda que ela escreveu e compartilhou com a gente (P3).

Além dela ouvir e pontuar bem as coisas que eu tava falando, ela também vem com a experiência dela e acho que isso foi essencial (...) além de terapeuta ela sabia do que ela tava falando (P2).

⁹ A carta que a participante menciona se refere à carta ao corpo publicada no livro “Digna de ser amada” (2019), de minha autoria, e que utilizei como recurso terapêutico na sessão onde tratamos do exercício da carta ao corpo.

A despeito dos variados significados encontrados na literatura, é comum o reconhecimento de que autorrevelação ocorra quando o terapeuta fornece informação pessoal para o cliente sobre sua identidade, vivências e/ou respostas emocionais aos relatos e expressões compartilhados por ele. Trata-se de uma possibilidade interventiva que pode contribuir para o fortalecimento do vínculo, para a oferta de modelo, naturalização e validação de experiências e favorecimento de mudanças; bem como para apoiar e reforçar a perspectiva do cliente ou desafiá-la – contanto que o seu uso exerça função terapêutica (Vieira, 2007).

A decisão de utilizá-la dependerá do contexto e da qualidade da relação terapêutica, e seu uso é variável dentro das escolas de terapia. As teorias comportamentais contemporâneas consideram que esta pode ser útil para modelar o comportamento, propor soluções possíveis e criativas, oferecer modelos de estratégias e de habilidades sociais e técnicas de resolução de problemas. O movimento de terapia feminista vem defendendo o uso de autorrevelação desde 1980, preconizando o direito de as mulheres escolherem o modelo de terapeuta para acompanhá-las no processo – direito que pressupõe a obtenção de algumas informações sobre a pessoa do terapeuta (Vieira, 2007).

No caso deste trabalho, observou-se que a experiência de revelação de informações pessoais esteve em consonância com a vivência de insatisfação corporal. Isto fortaleceu o vínculo a partir da identificação e mobilizou estratégias de enfrentamento e comportamentos alternativos de melhora clínica (como autocuidado, ações opostas, modelo de comportamentos de aceitação corporal e de autoproteção frente a hostilizações feitas por terceiros acerca da aparência).

6.4.9 Pontos críticos e questões a serem melhoradas

As principais dificuldades apontadas pelas participantes se relacionaram a questões pessoais, com destaque para problemas de horário, local impróprio para participação nas chamadas de vídeo e interferência de outros compromissos da rotina:

Dificuldade eu tive porque foi no horário do meu trabalho então eu me sentia um pouco desconfortável de estar no trabalho (...) se eu chorasse muito, daqui a pouco eu ia ter que atender alguma pessoa, então não ia poder estar com a cara muito inchada (P1).

A dificuldade mesmo era por questão do horário e pelo fato da minha rotina estar um pouco corrida. O último encontro mesmo eu não consegui participar (P2).

As participantes negaram a vivência de desconfortos ao longo dos encontros, tendo sido consensual o apontamento de que estes ocorreram sem qualquer problema em termos de desagradados ou tensões – apesar do seu caráter mobilizador. Em contrapartida, as faltas de algumas participantes foram apontadas como prejudiciais ao andamento do grupo, apesar do reconhecimento da incontornabilidade desta questão:

Da condução eu não tenho do que falar. O que teria que falar é das faltas. Isso acabava prejudicando um pouco o grupo, e isso é uma coisa completamente fora do controle de vocês, não tem o que fazer. Acho que o que mais prejudicou, assim, no melhor andamento, foi a falta mesmo de algumas participantes em alguns momentos (P1).

As participantes trouxeram poucos apontamentos de melhora e aperfeiçoamento, tendo sido predominante a impressão positiva que tiveram do processo terapêutico. Uma delas, no entanto, relatou ter desejado obter um *feedback* após a finalização dos encontros sobre seu desempenho:

[Gostaria] que vocês também dessem o *feedback* pra gente, da leitura que vocês fizeram da gente, no caso da minha pessoa, né? O que percebeu, até dessa avaliação psicológica, como foi percebida, das nossas respostas, da nossa interação. Eu acho que tem que vir de lá e tem que vir de cá. Pra não deixar solto assim. Igual agora, por exemplo, eu tô te dando meu *feedback* da minha percepção do grupo, da minha percepção da terapêutica, né, como foi tratada, etc., eu acho que o *feedback* de retorno eu acho importante. Talvez alguma coisa que vocês tiverem percebido e derem um toque, ou mesmo trazerem alguma reflexão. Porque quer queira, quer não, vocês com os olhos treinados, né, devem ter percebido ou não alguma coisa que talvez eu não tenha percebido (P4).

Embora realizar avaliação psicológica e *feedback* individual não tenham sido objetivos da intervenção, este relato aponta para algumas possibilidades de aprimoramento. Principalmente nos casos em que tais ações se façam necessárias e/ou importantes do ponto de vista clínico, como, aliás, penso ser o caso de P4. Por outro lado, algumas ações poderiam ser empregadas com o objetivo de evitar expectativas destoantes ou que fugissem da proposta terapêutica. Dentre elas, resgatar o contrato terapêutico, esclarecer os limites e especificidades da intervenção, e explicar as ações que compõem a intervenção, incluindo algumas ações clínicas que podem passar despercebidas ou que seriam melhor aproveitadas a partir da clarificação de sua função.

Por exemplo, apesar de não contar com um *feedback* final, muitos apontamentos e devolutivas clínicas foram feitas no decorrer das sessões terapêuticas. Ser informada sobre isso previamente talvez contribuisse para que a participante ficasse mais atenta às pontuações da terapeuta, as compreendesse e assimilasse melhor, e até mesmo ficasse

mais sob controle do processo terapêutico em si. Além de contornar a situação apontada como crítica pela participante, essa medida simples poderia resultar na ampliação dos efeitos terapêuticos.

Ainda tratando das possibilidades de aprimoramento. Dada à realização de um encontro inicial individual onde se explorou brevemente questões relacionadas à insatisfação corporal, é possível que um encontro individual final (para além daquele com o objetivo de realizar a entrevista), contribuísse para um fechamento terapêutico mais eficaz. Além de configurar uma alternativa às faltas no último encontro, poderia ser uma oportunidade para tratar, brevemente, de questões individuais; fazer apontamentos comparativos sobre aspectos e mudanças observadas no início e final da intervenção; além de possibilitar orientações e encaminhamentos nos casos necessários. Finalmente, um aprimoramento possível envolve a construção de momentos, ao longo de cada encontro, para que as participantes manifestem suas opiniões, deem sugestões, tirem dúvidas, etc.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa-ação e a prática clínica se encontram em muitos aspectos. Em ambas, é preciso ir descobrindo o caminho a cada passo, e planejar durante o próprio fazer. E em ambas, há algo do incerto, do desconhecido, do não saber. Ao longo desse trabalho, a pesquisadora e a psicóloga em mim trabalharam em conjunto. Na execução da intervenção, elas trabalharam simultaneamente. Nesse processo, foi especialmente desafiador saber dosar as ações de cada uma. Tanto para não comprometer a investigação científica, quanto para não prejudicar o trabalho clínico (e todos os aspectos que lhes são próprios, com destaque para o vínculo).

Na união desses dois papéis, tive de ser meu principal instrumento de trabalho. E meus sentimentos e julgamentos foram ferramentas imprescindíveis para sua execução. Como pesquisadora, me ocupei mais da pergunta do que da resposta que encerra o assunto. Como clínica, acompanhei de perto quatro pessoas em suas existências, dilemas e sofrimentos. E sem viver, vivi com elas. Ao menos enquanto estivemos juntas. Estou convencida de que ouvir histórias, testemunhar confissões, guardar segredos, construir intimidade e não fazer julgamentos sempre será um trabalho desafiador. Um trabalho de ser-estar com o outro, que nos convoca a ser e estar em nós mesmas.

Os desafios desse estudo foram antecipados ainda em sua concepção, quando o trabalho ainda era uma ideia sem planejamento definido. Além de se tratar, para mim, de um assunto ao qual estou pessoalmente ligada, há pouca produção científica na análise comportamental clínica. A restrição é ainda maior em se tratando de produções brasileiras voltadas à prática clínica em grupo, breve e *on-line*. Em muitos momentos o desafio me pareceu, antes de tudo, uma ousadia. Afinal, a construção dessa pesquisa ocorreu em um momento de crise global, onde a vida que conhecíamos foi temporariamente suspensa, por um período indeterminado. Subitamente, o jeito de viver mudou. E por extensão, todas as outras coisas tiveram de acompanhar a nova vida possível. Incluindo a pesquisa, a psicoterapia e a pesquisa clínica.

Apesar dos percalços, das dúvidas e das falhas inevitáveis, reconheço que a pesquisa cumpriu seu objetivo principal, que era, justamente, implementar uma intervenção analítico-comportamental de curta duração, *on-line*, para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal. Mas em que medida ela foi útil e adequada? Discuto, aqui, três pontos conclusivos a este respeito.

O primeiro deles diz respeito à compreensão da imagem corporal. Que concluo se tratar de uma construção verbal que envolve o histórico de aprendizado do indivíduo em relação ao seu corpo, e que compõe sua identidade. Ela é construída e transformada ao longo da vida, sendo influenciada pelas interações que o indivíduo tem com o ambiente, incluindo a comunidade verbal e a cultura em que está inserido. Nesse processo, as características físicas que são valorizadas pelo grupo social tendem a adquirir função reforçadora, enquanto as que são desvalorizadas tendem a adquirir função aversiva.

No que diz respeito às mulheres, as contingências sociais e verbais se diferenciam daquelas impostas aos homens. A imagem da mulher na cultura está associada à beleza e há um imperativo social para que as mulheres sejam belas. Nesse processo, a beleza é encarada como um valor supremo, universalmente definido, alcançável a partir das ações individuais, essencial para a autoestima e condicionada à felicidade. A construção de uma imagem feminina considerada bela exige esforço constante, vigilância sobre o corpo e dispêndio financeiro e de tempo. Pequenos descuidos podem resultar em “feitura”, o que pode levar à discriminação enfática de “defeitos”. E, ainda, culpa por não conseguir fazer parte do padrão estabelecido.

As punições sociais em torno da aparência “inadequada” resultam na aprendizagem de respostas emocionais aversivas sobre si. Este cenário é gerador de intenso sofrimento, aversão ao próprio corpo, engajamento em estratégias para modificá-

lo e privação de experiências valorosas, impactando diversas áreas da vida. A insatisfação com o próprio corpo tem sido produzida de forma articulada e ostensiva como um fenômeno social perpassado por interesses mercadológicos e políticos. Tornando improváveis contingências que promovam reforço positivo com destaque para a pessoa em si.

Não obstante, é importante compreender que não se trata apenas de uma questão estética e de mercado, mas também de opressão das mulheres e controle de corpos. O que se observa é a relação contraditória de poder e subordinação das mulheres frente a seus corpos. O “desejo” pela mudança corporal, percebido de forma internalista, revela a submissão às normas impostas. Isso mantém as mulheres numa relação problemática com seus corpos e, por extensão, com suas vidas. Assim, aceitar, respeitar e apreciar o próprio corpo como ele é pode ser concebido como comportamentos de contracontrole e como um ato político de emancipação. Como disse P2, “se amar é uma rebeldia”.

O segundo ponto se refere às contribuições da intervenção proposta, cujo alcance clínico considero satisfatório e promissor. A intervenção minimizou a intensidade da insatisfação corporal e promoveu mudanças na relação com o corpo. O que foi demonstrado pelos relatos das participantes, e também pelos resultados obtidos na aplicação do BSQ antes e depois da intervenção. Houve uma importante redução na pontuação de todas as participantes, e a maioria passou do nível grave para o nível moderado de insatisfação corporal. De modo geral, as ações interventivas cumpriram seus objetivos e atenderam as necessidades clínicas das participantes. As queixas relacionadas à imagem corporal puderam ser abordadas, com efeitos terapêuticos positivos.

A base teórica adotada foi eficiente tanto para a construção da intervenção, quanto para sua execução clínica. Em termos do caráter da intervenção, considero que a modalidade breve, grupal e *on-line* se revelou factível, e contribuiu positivamente para atuação clínica nestes casos. As habilidades terapêuticas da psicóloga e o vínculo terapêutico foram fatores decisivos nesse processo. Além disso, a constatação das participantes de que a insatisfação corporal se trata, antes, de uma questão compartilhada e socialmente produzida, e não de algo exclusivo e de responsabilidade pessoal, foi um fator que contribuiu para redução do sofrimento psicológico. A modalidade grupal favoreceu a construção de um ambiente terapêutico reforçador, caracterizado por fortalecimento mútuo, identificação, acolhimento e validação emocional. As participantes contribuíram de modo ativo na intervenção clínica a partir de questionamentos e reflexões, o que favoreceu os efeitos terapêuticos.

Embora tenha funcionado, é interessante que a intervenção possa ser questionada e revisada para futuras aplicações ou novos estudos. Tanto em termos de estrutura e planejamento, quanto em termos de modalidade, adaptações poderão ser necessárias. Caberá ao clínico avaliar as necessidades terapêuticas em questão, seus respectivos objetivos e os recursos dispostos para executá-la. Além disso, o sucesso interventivo não sugere generalização dos seus resultados ou infalibilidade da intervenção. Também não dispensa outras estratégias de cuidado em saúde mental, como a psicoterapia. Além da aplicação focal e isolada, como no caso do presente estudo, a intervenção pode ser utilizada de modo concomitante e/ou associada à outras terapêuticas, para fechamento de um trabalho psicoterápico prévio em torno da temática ou como uma abordagem introdutória. Pode, ainda, ser utilizada na atenção básica ou em serviços especializados na assistência à saúde mental de mulheres, em transtornos de imagem e transtornos alimentares, etc.

O terceiro ponto diz respeito aos efeitos terapêuticos derivados da intervenção, que em geral podem ser resumidos em: a) disposição e estímulo ao engajamento em contingências reforçadoras; b) desfusão com o corpo, considerando que as participantes estavam fusionadas com a aparência (Eu = corpo); c) discriminação de outras funções, atributos e qualidades corporais d) mudanças no comportamento de tato, que passou a incluir características valorosas ao invés de ter como foco exclusivo defeitos; e) discriminação de variáveis ambientais na produção da insatisfação corporal, reduzindo, assim, o viés internalista; f) revisão de valores e estímulo às ações comprometidas; g) redução do controle por regras, em especial autorregras relacionadas à aparência; h) flexibilização psicológica e da relação de condicionalidade beleza-magreza-felicidade-sucesso; i) redução da esquiva relacionada ao corpo; j) sensibilização das participantes para as consequências do engajamento em contingências aversivas para modificação corporal; k) aumento dos comportamentos de autocuidado, autocompaixão e de aceitação corporal.

Por fim, acrescenta-se que dificilmente uma intervenção psicológica individualizada, como esta, poderá sanar problemas psicológicos produzidos culturalmente. Especialmente nos casos onde há uma estrutura social orientada para a promoção e manutenção destes problemas, como é o caso da insatisfação corporal entre mulheres. De antemão, a proporção do controle pelo terceiro nível de seleção torna limitada qualquer abordagem individualizada. Ainda que grupal, a proposta interventiva se concentrou na história individual das participantes e buscou mudanças

comportamentais equivalentes, isto é, aplicadas e orientadas para o indivíduo. Portanto, as mudanças se restringem a estes, que seguirão expostos a um ambiente favorecedor da manutenção dos problemas.

Mudanças efetivas dependerão de medidas mais amplas, que se proponham a promover transformações na própria cultura. A análise do comportamento conta com ferramentas capazes de promover mudanças no terceiro nível de seleção. Numa perspectiva comportamental, a cultura é compreendida como parte constitutiva do comportamento dos seres humanos, pois todo comportamento humano é visto como produto também de uma história cultural. Além de constituir uma das variáveis determinantes do comportamento individual, a cultura é, também, objeto de investigação legítimo de uma ciência analítico-comportamental (Andery, 2011).

É preciso revisar substancialmente as práticas culturais. Algumas possibilidades que penso serem úteis envolvem intervir na disseminação em ampla escala de regras estéticas rígidas com foco em corpos inalcançáveis. Repensar os modelos apresentados e os valores estabelecidos a partir deles. Além disso, conceber a diversidade corporal como natural, saudável e esperada. Reconfigurar o papel e a definição da beleza em sua interlocução com o gênero, de modo a rejeitar a insistente redução das mulheres aos seus corpos. Criar condições para inserção ativa do movimento de emancipação das mulheres na construção das imagens que as retratam, priorizando àquelas acessíveis, saudáveis e sustentáveis na realidade das mulheres comuns. Para garantir a saúde integral do indivíduo em relação às modificações corporais e estéticas, é importante que os profissionais de saúde se articulem. Essa articulação deve ser baseada em um compromisso coletivo, ético, institucionalmente estabelecida pelos conselhos profissionais e com a participação popular.

Ao invés de configurar um imperativo social, novos discursos podem ser produzidos no sentido de valorizar o corpo ao invés de depreciá-lo, de utilizar parcimoniosamente estratégias de modificação corporal, e de agir em função da promoção de autoestima, ao invés da perpetuação de autoaversão. Se quisermos tratar a insatisfação corporal entre as mulheres, precisaremos transformar a sociedade em que estamos inseridos. O que pode ser desafiador, já que isso implica se contrapor aos interesses capitalistas e patriarcais. O fato é que sem uma transformação cultural ampla e orientada para a redução da aversividade imposta às mulheres e os seus corpos, é possível que o trabalho clínico cumpra uma função paliativa.

REFERÊNCIAS

- Abad-Corpa, E., Cabrero-García, J., Delgado-Hito, P., Carrillo-Alcaraz, A., Meseguer-Liza, C., & Martínez-Corbalán, J. T. (2012). Effectiveness of participatory-action-research to put in practice evidence at a nursing onco-hematology unit. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 20, pp. 59–67. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000100009>
- Abreu-Motta, H. O., De-Farias, A. K. C. R. & Coelho, C. (2010). Habilidades terapêuticas: é possível treiná-las? Em: A.K.C.R. De-Farias (Org). *Análise Comportamental Clínica: aspectos teóricos e estudos de caso*. Porto Alegre: Artmed, p. 49-65.
- Albuquerque, L. D. S., Griep, R. H., Aquino, E. M., Cardoso, L. D. O., Chor, D., & Fonseca, M. D. J. M. D. (2021). Fatores associados à insatisfação com a Imagem Corporal em adultos: análise seccional do ELSA-Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26, 1941-1954.
- Almeida, R. A. (2010). Possibilidades de utilização da psicoterapia breve em hospital geral. *Revista SBPH*, 13(1), 94-106.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Andery, M. A. P. A. (1997). O modelo de seleção por consequências e a subjetividade. In: Banaco, R.A. (org.). *Sobre Comportamento e Cognição*, 1, p. 196-205. São Paulo: Arbytes Editora LTDA.
- Andery, M. A. P. A. (2011). Comportamento e cultura na perspectiva da análise do comportamento. *Perspectivas em análise do comportamento*, 2(2), 203-217.

- Ardila, R. (2007). Verbal Behavior de B.F. Skinner: sua importância no estudo do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(2), 195-197.
- Assi, G., & Thieme, A. L. (2019). Desafios na psicoterapia on-line: reflexões a partir de um relato de caso de uma paciente com ansiedade. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 10(2), 267-279.
- Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, Florianópolis, 23(1), p. 24-34.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A comprehensive review and a meta-analysis of the effectiveness of internet-based psychotherapeutic interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26(2/4), 109-160. doi:10.1080/15228830802094429.
- Baum, W. M. (2005). *Compreender o behaviorismo: Comportamento, cultura e evolução*. (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bittencourt, L. D. J., Nunes, M. D. O., Oliveira, J. J. F. D., & Caron, J. (2013). Risco para transtornos alimentares em escolares de Salvador, Bahia, e a dimensão raça/cor. *Revista de Nutrição*, 26, 497-508.
- Bittencourt, L. J. (2013). *Padrões de beleza e transtornos do comportamento alimentar em mulheres negras de Salvador – Bahia*. [Tese de doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional da UFBA. Recuperado de: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/13187>.
- Bittencourt, H. B., Rodrigues, C. C., dos Santos, G. L., da Silva, J. B., de Quadros, L. G., Mallmann, L. S., & Fedrizzi, R. I. (2020). Psicoterapia on-line: uma revisão de literatura. *Diaphora*, 9(1), 41-46.

- Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2009). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Carvalho, P. H. B., Freitas Gomes, L., & Ferreira, M. E. C. (2016). Comparação social, insatisfação corporal e comportamento alimentar em jovens adultos. *Interação em Psicologia*, 20(2), 219-225.
- Castagnaro, A. L. P., Mombelli, M. A., & Moura, C. B. D. (2022). Psicoterapia breve na intervenção de psicólogos e psiquiatras no Brasil: uma revisão integrativa da produção científica. *Rev. Bras. Psicoter.* (On-line), 32-48.
- Castelo Branco, C. (2022). Proposição de um modelo de pesquisa-ação para aprimorar práticas humanistas centradas na pessoa: apontamentos metodológicos. *Revista Interação em Psicologia*, 26(1), 01-25. Recuperado de: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/76883/46514>.
- de Castro Feitosa, J. K., de Castro Feitosa, A. N., & de Oliveira, A. M. (2016). Psicoterapia analítico-comportamental em grupo. *ID on line. Revista de psicologia*, 10(31), 224-235.
- Chiesa, M. (2006). *Behaviorismo radical: a filosofia e a ciência*. Brasília: Editora Cealeiro.
- Cohen, R., Newton-John, T., & Slater, A. (2017). The relationship between Facebook and Instagram appearance-focused activities and body image concerns in young women. *Body Image*. 23, 183-187.
- Conselho Federal de Psicologia (2018). Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP N° 11/2012, Resolução CFP N° 011/2018. Brasília: DF: Rogério Giannini.

- Conselho Federal De Psicologia (2020). Resolução CFP nº 4/2020. Dispõe sobre regulamentação de serviços psicológicos prestados por meio de Tecnologia da Informação e da Comunicação durante a pandemia do COVID-19.
- Conti, M. A., Cordás, T. A. & Latorre, M. R. D. O. (2009). Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9, 331-338. <https://doi.org/10.1590/S1519-38292009000300012>.
- Cosenza, T. R. D. S. B., Pereira, E. R., & Silva, R. M. C. R. A. (2021). Desafios da telepsicologia no contexto do atendimento psicoterapêutico on-line durante a pandemia de Covid-19. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (4), e52210414482-e52210414482. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14482>.
- Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M.J.H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 15.
- Delitti, M., & Derdyk, P. (2009). O trabalho da análise do comportamento com grupos: possibilidades de aplicação a casais e famílias. In: Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2009). *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed Editora. (pp. 259-269).
- Eckler, P., Kalyango, Y., & Paasch, E. (2017). Facebook use and negative body image among U.S. college women. *Women Health*, 57(2), 249-267.
- Faria-Schützer, D. B., Surita, F. G., Alves, V. L. P., Bastos, R. A., Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2021). Seven steps for qualitative treatment in health research: the Clinical-Qualitative Content Analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1), 265–274. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.07622019>.
- Feitoza, A. C. C., Teixeira, R. P., Kogure, G. S., Zecchin, A., & Ribeiro, V. B. (2022). Insatisfação com a imagem corporal em adultos e fatores associados. *Research*,

Society and Development, 11(14), e365111436446-e365111436446.
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36446>.

- Fonseca, F. N., & Nery, L. B. (2018). Formulação comportamental ou diagnóstico comportamental: um passo a passo. In Farias, A. K. C., Fonseca, F. N., & Nery, L. B. *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica*. (pp. 55-98). Artmed Editora.
- Fonseca, K., & Zilio, D. (2018). O “organismo” na obra de BF Skinner: uma exploração contextual e quantitativa acerca de seu significado. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 9(2), 141-163.
- Fortes, L. D. S., Meireles, J. F. F., Neves, C. M., Almeida, S. S., & Ferreira, M. E. C. (2015). Autoestima, insatisfação corporal e internalização do ideal de magreza influenciam os comportamentos de risco para transtornos alimentares? *Revista de Nutrição*, 28, 253-264.
- Guilhardi, H. J. (2002). Autoestima, autoconfiança e responsabilidade. In M. Z. Brandrão, F. C. S. Conte & S. M. B. Mezzaroba (Orgs.), *Comportamento Humano: Tudo (ou quase tudo) que você gostaria de saber para viver melhor* (pp. 63-98). Santo André: ESETec.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hayes, S. C., Sthosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, London: The Guilford Press.

- Hofmann, S. G. & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1-16.
- He, M.; Xian, Y.; Lv, X.; He, J.; Ren, Y. (2020). Changes in Body Weight, Physical Activity, and Lifestyle During the Semi-lockdown Period After the Outbreak of COVID-19 in China: An On-line Survey. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1–6. doi: 10.1017/dmp.2020.237.
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery – ISAPS (2019). International survey on aesthetic/cosmetic procedures performed in 2019. Recuperado de: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf>.
- Jacob, H. (2014). Redes sociais, mulheres e corpo: um estudo da linguagem fitness na rede social Instagram. *Revista Comunicare – Dossiê Feminismo*. 14(1), 88-105.
- Job, A. R., & Soares, A. C. de O. (2019). Percepção dos acadêmicos de Nutrição sobre a efetividade a longo prazo dos métodos de dietas restritivas para a perda e o controle de peso. *RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento*, 13(78), 291-298.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M. (2006). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando relações terapêuticas intensas e curativas*. ESETec.
- Leonardi, J. L., Borges, N. B., & Cassas, F. A. (2012). Avaliação funcional como ferramenta norteadora da prática clínica. In Borges, N. B., & Cassas, F. A. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos* (pp. 105-109). Artmed Editora. (pp.105-109).
- Linardon, J., Fairburn, C. G., Fitzsimmons-Craft, E. E., Wilfley, D. E., & Brennan, L. (2017). The empirical status of the third-wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. 58, 125-140.

- Lira, A. G., Ganen, A. D. P., Lodi, A. S., & Alvarenga, M. D. S. (2017). Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. *J. Bras. Psiquiatr.* 66(3), 164-171.
- Marçal, J. V. S. (2005). Refazendo a história de vida: Quando as contingências passadas sinalizam a forma de intervenção clínica atual. In Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. (Orgs.), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*, v.15. (pp. 258-273).
- Marçal, J. V. S. (2010). Behaviorismo radical e prática clínica. In: de-Farias, A. K. C. R. (2010). *Análise comportamental clínica: aspectos teóricos e estudo de caso*. Porto Alegre: Artmed (pp.30-48).
- Marinho, M. C. G. (2018). *Fiz para me sentir mulher outra vez: corpo, construção de gênero e cirurgia plástica estética entre mulheres de Salvador-Bahia*. [Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia]. Repositório Institucional da UFBA. Recuperado de: <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/26323>.
- Marques, E. S., & Garbelotto, B. A. M. (2021). A importância da aliança terapêutica na efetividade do processo psicoterápico. *Psicologia da Saúde e Processos Clínicos*, 2(1).
- de Menezes, G. R. A., Casanova, P. F., & Batista, E. C. Psicoterapia Breve: Contexto Histórico, Técnicas e Modalidades. (2021). *Rev. Enfermagem e Saúde Coletiva*, 6(2), 114-121.
- Meyer, S. B. (2001). O conceito de análise funcional. In: Delitti, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição: A prática da Análise do Comportamento e da Terapia Cognitivo-Comportamental*, 2 (pp. 29-34). Santo André: ESETec.

- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14^a ed.). São Paulo: Hucitec.
- Mingoia, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C., & Gleaves, D. H. (2017). The Relationship between Social Networking Site Use and the Internalization of a Thin Ideal in Females: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>.
- Moreira, F. R., Silva, E. F. da, Lima, G. D. O., Assaz, D. A., Oshiro, C. K. B., & Meyer, S. B. (2017). Comparação entre os conceitos de self na FAP, na ACT e na obra de Skinner. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3). <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.106>.
- Nery, L. B., & Fonseca, F. N. (2018). Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. In Farias, A. K. C., Fonseca, F. N., & Nery, L. B. *Teoria e Formulação de Casos em Análise Comportamental Clínica* (pp. 1-22). Artmed Editora.
- Nobre, G. I. F., Farias, A. K. C. R., & Ribeiro, M. R. (2010). “Prefiro não comer, a começar e não parar!”: Um estudo de caso de bulimia nervosa. In Farias, A. K. C. R. (Org.). *Análise Comportamental Clínica: Aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 273-294). Porto Alegre: Artmed.
- Novaes, J. V. (2013). *O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio: Garamond.
- Novaes, J. V., & Vilhena, J. (2003). De Cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. *Interações*, 8(15), 9-36.
- Ochner, C. N., Barrios, D. M., Lee, C. D., & Pi-Sunyer, F. X. (2013). Biological mechanisms that promote weight regain following weight loss in obese humans. *Physiology & Behavior*, v.120, 106-113.

Ofício Circular N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf.

de Oliveira Zin, G., Gama, V. D., & dos Reis, M. D. J. D. (2022). Self e transgeneridade: contingências sociais e controle aversivo na identidade e vivências de transgêneros binários. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 13(1), 007-024.

Paim, M. B., & Kovaleski, D. F. (2020). Análise das diretrizes brasileiras de obesidade: patologização do corpo gordo, abordagem focada na perda de peso e gordofobia. *Saúde e Sociedade*, 29.

Piccolo, M., Martin-Soelch, C., de Cássia Araújo, J., & Estanislau, C. (2019). A anorexia nervosa e os sistemas neurobiológicos que regulam o consumo de alimentos. In Luzia, J. C. et al. (Orgs). *Psicologia e análise do comportamento: pesquisa e intervenção*. Londrina: UEL.

Pieta, M. A. M., & Gomes, W. B. (2014). Psicoterapia pela Internet: viável ou inviável? *Psico. cien. prof.*, 34(1), 18-31.

Pieta, M. A. M., Siegmund, G., G., William, B., & Gauer, G. (2015). Desenvolvimento de protocolos para acompanhamento de psicoterapia pela Internet. *Contextos Clínicos*, 8(2), 128-140. dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.82.02.

Ribeiro, M. J. F. X. (2006). A compreensão do paciente sobre a expectativa da terapia: relações com a construção do contrato terapêutico. In: Guilhardi, H. J. & Aguirre, N. C. *Sobre Comportamento e Cognição: expondo a Variabilidade*. Santo André, SP: ESE Tec. Editores Associados, v. 18. (pp. 174-179).

Ribeiro, P. G., Silva, E. P., Costa, G., Heller, D. C. L. (2006). Imagem corporal e transtornos alimentares. In: Guilhardi, H. J., & Aguirre, N. C. (Orgs). *Sobre*

- comportamento e cognição: Expondo a variabilidade* (vol. 8, pp. 325-330). Santo André: Esetec.
- Saikali, C. J., Soubhia, C. S., Scalfaro, B. M., & Cordás, T. A. (2004). Imagem corporal nos transtornos alimentares. *Archives of Clinical Psychiatry*, 31(4), 164-166.
- Sammons, M. T., VandenBos, G. R., & Martin, J. N. (2020). Psychological practice and the COVID-19 crisis: A rapid response survey. *Journal of health service psychology*, 46, 51-57.
- Santos, V. C. P. D. (2021). *O corpo feminino como gerador de lucro: pressão estética e o mercado brasileiro de cirurgias plásticas*. [Trabalho de conclusão de curso. Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS. Departamento de economia e relações internacionais]. Repositório Digital da UFRGS. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10183/225775>.
- Scagliusi, F. B., Pereira, P. D. R., Stelmo, I. D. C., Unsain, R. F., Martins, P. A., & Sato, P. D. M. (2012). Insatisfação corporal, prática de dietas e comportamentos de risco para transtornos alimentares em mães residentes em Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61, 159-167.
- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas on-line: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 8(4), 960-966.
- Silva, A. I. & Isidro-Marinho, G. I. (2003). Auto-estima e relações afetivas. *Universitas: Ciências da saúde*, 1(2), 229-237. <https://doi.org/10.5102/ucs.v1i2.507>.
- Silva, A. P., Japur, C. C., & Penaforte, F. R. O. (2020). Redes sociais, corpo e satisfação corporal. In Rezende, F. A. C.; Penaforte, F. R. O.; Martins, P. C. (Org.) *Comida, corpo e comportamento humano*. IACI Editora.

- Skinner, B. F. (1979/2003). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Skinner, B. F. (1957/2003). *O comportamento verbal*. São Paulo: Editora Cultrix.
- Skinner, B. F. (1989). The origins of cognitive thought. *American Psychologist*, 44(1), 13–18. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.13>.
- Skinner, B. F. (1974/2006). *Sobre o behaviorismo*. 10ª ed. São Paulo: Cultrix.
- Sola, P. P. B., de Oliveira Cardoso, É. A., dos Santos, J. H. C., & dos Santos, M. A. (2021). Psicologia em tempos de COVID-19: experiência de grupo terapêutico on-line. *Revista da SPAGESP*, 22(2), 73-88.
- Souza, A. S. *Digna de ser amada*. (2019). 1ª ed. Vitória da Conquista: Editora Vecchio.
- Souza, A. S. de, Rudá, C., & Castelo Branco, P. C. (2022). Comportamento alimentar no serviço de plantão psicológico no contexto de COVID-19: análise de atendimentos. *Psicologia Argumento*, 40(109). <https://doi.org/10.7213/psicolargum40.109.AO03>.
- Tiggemann, M., & Slater, A. (2017). Facebook and body image concern in adolescent girls: A prospective study. *Int J Eat Disord*, 50(1), 80-83.
- Tripp, D. (2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31(3), 443-466.
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. (6ª ed.) Petrópolis: Vozes.
- Vale, A. M. O. (2002). *Comportamento alimentar anormal e práticas inadequadas para controle de peso entre adolescentes do sexo feminino de Fortaleza*. [Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará]. Repositório Institucional da

Universidade Federal do Ceará. Recuperado de:

<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1016>.

- Vale, A. M. O., & Elias, L. R. (2011). Transtornos alimentares: uma perspectiva analítico-comportamental. *Rev. bras. ter. comport. cogn*, 13(1), 52-70.
- Veiga, D. I. & Leonardi, J. L. (2012). Considerações conceituais sobre o controle por regras na clínica analítico-comportamental. In: Borges, N. B., Cassas, F.A. & cols. *Clínica analítico-comportamental: aspectos teóricos e práticos*. Porto Alegre: Artmed. (pp. 171-177).
- Vieira, M.F.J.A. *Campo e função da auto-revelação do terapeuta no relacionamento terapêutico a vivência do terapeuta*. (2007). 109 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Humanas) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Vilhena, J.; Medeiros, S.; Novaes, J. V. (2005). A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 5(1), 109-144.
- Wolf, N. (2020). *O mito da beleza: como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. (11ª ed). Rio de Janeiro: Rosa dos tempos.

APÊNDICES E ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO DE IMAGEM CORPORAL (BSQ)

Gostaríamos de saber como você vem se sentindo em relação à sua aparência nas últimas QUATRO SEMANAS. Por favor leia cada questão e faça um círculo apropriado. Use a legenda abaixo:

1. Nunca
2. Raramente
3. Às vezes
4. Frequentemente
5. Muito frequentemente
6. Sempre

Por favor, responda todas as questões.

NAS ÚLTIMAS QUATRO SEMANAS:

1. Sentir-se entediada faz você se preocupar com sua forma física?	1	2	3	4	5	6
2. Você tem estado tão preocupada com sua forma física a ponto de sentir que deveria fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
3. Você acha que suas coxas, quadril ou nádegas são grandes demais para o restante de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
4. Você tem sentido medo de ficar gorda (ou mais gorda)?	1	2	3	4	5	6
5. Você se preocupa com o fato de seu corpo não ser suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. Sentir-se satisfeita (por exemplo após ingerir uma grande refeição) faz você sentir-se gorda?	1	2	3	4	5	6
7. Você já se sentiu tão mal a respeito do seu corpo que chegou a chorar?	1	2	3	4	5	6
8. Você já evitou correr pelo fato de que seu corpo poderia balançar?	1	2	3	4	5	6
9. Estar com mulheres magras faz você se sentir preocupada em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6

10. Você já se preocupou com o fato de suas coxas poderem se espalhar quando você se senta?	1	2	3	4	5	6
11. Você já se sentiu gorda mesmo comendo uma pequena quantidade de comida?	1	2	3	4	5	6
12. Você tem reparado no físico de outras mulheres e, ao se comparar, sente-se em desvantagem?	1	2	3	4	5	6
13. Pensar no seu físico interfere em sua capacidade de se concentrar em outras atividades (como por exemplo, enquanto assiste televisão, lê ou escuta uma conversa)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar nua, por exemplo, durante o banho, faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
15. Você tem evitado usar roupas que a fazem notar as formas do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
16. Você se imaginaria cortando fora porções de seu corpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer doces, bolos ou outros alimentos ricos em calorias faz você se sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
18. Você já deixou de participar de eventos sociais (como, por exemplo, festas) por sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6
19. Você se sente excessivamente grande e arredondada?	1	2	3	4	5	6
20. Você já teve vergonha do seu corpo?	1	2	3	4	5	6
21. A preocupação frente ao seu físico lhe leva a fazer dieta?	1	2	3	4	5	6
22. Você se sente mais contente em relação ao seu físico quando de estômago vazio (por exemplo pela manhã)?	1	2	3	4	5	6
23. Você acha que seu físico atual decorre de uma falta de autocontrole?	1	2	3	4	5	6
24. Você se preocupa que outras pessoas possam estar vendo dobras na sua cintura ou estômago?	1	2	3	4	5	6
25. Você acha injusto que outras mulheres sejam mais magras do que você?	1	2	3	4	5	6
26. Você já vomitou para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
27. Quando acompanhada, você fica preocupada em estar ocupando muito espaço (por exemplo, sentado num sofá ou no banco de um ônibus)?	1	2	3	4	5	6
28. Você se preocupa com o fato de estarem surgindo dobrinhas em seu corpo?	1	2	3	4	5	6
29. Ver seu reflexo (por exemplo, num espelho ou na vitrine de uma loja) faz você sentir-se mal em relação ao seu físico?	1	2	3	4	5	6

30. Você belisca áreas de seu corpo para ver o quanto há de gordura?	1	2	3	4	5	6
31. Você evita situações nas quais as pessoas possam ver seu corpo (por exemplo, vestiários ou banhos de piscina)?	1	2	3	4	5	6
32. Você toma laxantes para se sentir mais magra?	1	2	3	4	5	6
33. Você fica particularmente consciente do seu físico quando em companhia de outras pessoas?	1	2	3	4	5	6
34. A preocupação com seu físico lhe faz sentir que deveria fazer exercícios?	1	2	3	4	5	6

Observação: o questionário foi adaptado para uma versão virtual, no formato *Google Forms*.

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada participante,

Esta pesquisa trata sobre “Intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal: pesquisa-ação” e está sendo desenvolvida pela psicóloga Amanda Santos de Souza, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Coelho Castelo Branco e co-orientação da Prof. Dr^a Liana Rosa Elias, vinculados ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Federal da Bahia. Pretende-se com este estudo avaliar os efeitos e funcionalidades de uma intervenção psicoterapêutica breve, *on-line*, baseadas na Análise do Comportamento e focada em problemas de imagem corporal entre mulheres. A finalidade deste trabalho é contribuir para melhor compreensão da temática de modo a melhorar a assistência psicológica e amparo emocional às pessoas que enfrentam estes problemas, considerando que essa vivência pode estar relacionada a alterações na sua vida cotidiana.

Sua participação na pesquisa consiste, caso aceite o convite, em realizar um encontro individual e cinco encontros terapêuticos em grupo, onde participará de uma intervenção psicológica na modalidade *on-line*, conduzidos pela pesquisadora e por assistentes de pesquisa. Cada encontro terá uma média de 50min a 1h30min de duração e ocorrerá através da plataforma *Google Meet*. Ainda, sua participação envolverá conversar com um assistente de pesquisa após a finalização dos encontros em grupo, em entrevista também *on-line*, sobre o processo terapêutico vivenciado. Para melhor aproveitamento das suas respostas, as entrevistas serão gravadas em áudio para posterior transcrição, e os encontros em grupo registrados em roteiros de campo pela pesquisadora de modo a atender os objetivos da pesquisa.

Esclarecemos que sua participação é voluntária e, portanto, a Sra. não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela pesquisadora, nem receberá qualquer tipo de remuneração. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

No que diz respeito aos riscos da sua participação, deve-se considerar a possibilidade de desconforto ao responder algumas perguntas potencialmente sensíveis e mobilizadoras durante a entrevista e o constrangimento durante as gravações de áudio. Como benefício, destaca-se a contribuição para a melhoria das práticas assistenciais relacionado à temática deste estudo e o benefício direto promovido pela intervenção terapêutica, embora esta não corresponda a um processo de psicoterapia a longo prazo. Dessa forma, nas situações em que for identificado sofrimento psicológico que demande a continuidade do acompanhamento profissional, serão realizados os encaminhamentos para serviços especializados. Em situações de urgência, salienta-se a disponibilidade da pesquisadora para realização de encontro presencial no serviço de psicologia da Universidade Federal da Bahia.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade dos dados da Sra. Qualquer informação que possa identificá-la será omitida na divulgação dos resultados da pesquisa. Os dados obtidos através da sua participação serão preservados. A pesquisadora fará *download* dos mesmos para um dispositivo local (como pen drive ou HD externo), deletando-os das plataformas virtuais utilizadas. O material será armazenado em local seguro, com acesso apenas à pesquisadora e equipe de pesquisa.

Os resultados estarão à sua disposição quando a pesquisa for finalizada e os dados obtidos através da análise do material coletado, quando divulgados em congressos científicos e publicações, não poderão ser associados a você. Seu nome e as informações fornecidas por você não serão divulgados, de forma nenhuma, nem conhecido por outras pessoas além dos pesquisadores.

O presente Termo de Consentimento será disponibilizado através deste formulário. Uma cópia será enviada para o seu e-mail e outra ficará com a pesquisadora. Todas as informações coletadas e compiladas e suas análises serão arquivadas pela pesquisadora pelo prazo de 05 (cinco) anos e posteriormente serão destruídas. Todos os dados e a identidade dos participantes serão tratados segundo as Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde – CNS em conformidade com fins estritamente científicos e acadêmicos.

Em caso de dúvidas sobre os aspectos éticos deste estudo, ou caso queira fazer alguma reclamação, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa, localizado na Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Bairro Candeias, Vitória da Conquista – BA. O telefone e e-mail para contato correspondem, respectivamente, a: (77) 3429-2720 e cepims@ufba.br.



Pesquisadora responsável

Insira aqui o seu e-mail:

Insira aqui seu nome completo:

Insira aqui o seu RG:

Consentimento

() Declaro que fui informada sobre os objetivos da pesquisa “Intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal: pesquisa-ação” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim quiser. Declaro que concordo com o que foi citado anteriormente. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ao clicar no botão abaixo, a senhora concorda em participar da pesquisa nos termos deste TCLE. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador.

() Concordo em participar da pesquisa nos termos deste TCLE.

Observação: o TCLE foi apresentado numa versão *on-line*, através do *Google Forms*.

APÊNDICE 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE SOM E DEPOIMENTO PARA GRAVAÇÃO

Insira aqui o seu *E-mail*:

Inserir nome completo:

Inserir RG:

Declaro que depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de som e depoimento, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, os pesquisadores Amanda Santos de Souza, dr. Paulo Coelho Castelo Branco e dr^a Liana Rosa Elias, do projeto de pesquisa intitulado “Intervenção analítico-comportamental de curta duração *on-line* para um grupo de mulheres insatisfeitas com a imagem corporal: pesquisa-ação”, a realizar gravação em áudio que se faça necessária e a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização de tais gravações em áudio para análise de dados e desses depoimentos para fins científicos e de estudos, em favor dos pesquisadores da pesquisa, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto N.º 3.298/1999, alterado pelo Decreto N.º 5.296/2004).

Consentimento

() Estou ciente e concordo com este termo de autorização de som e depoimento para gravação

Ao clicar no botão abaixo, a senhora concorda em participar da pesquisa. Caso não concorde em participar, apenas feche essa página no seu navegador”.

() Concordo em participar da pesquisa.

Observação: o termo foi apresentado em versão on-line, através do *Google Forms*.

APÊNDICE 3

FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DA PARTICIPANTE NO ESTUDO E ROTEIRO DO ENCONTRO INDIVIDUAL DE TRIAGEM

Formulário virtual

Olá, seja bem-vinda! As informações abaixo têm como objetivo me permitir conhecê-la e, assim, avaliar se você possui condições de participar desta pesquisa. As informações disponibilizadas por você são sigilosas e não serão repassadas a terceiros.

Sexo/gênero: mulher cis mulher trans

Idade:

Escolaridade:

Cor/Etnia:

Estado civil:

Ocupação atual:

Naturalidade:

Religião:

Renda média: até 1 salário mínimo até 3 salários mínimos mais de 3 salários mínimos de 3 a 5 salários mínimos mais de 5 salários mínimos

Nos últimos dois anos você fez alguma dieta em decorrência de preocupações/insatisfações com a sua imagem corporal?

- não
 sim, orientada por um profissional de saúde
 sim, por conta própria

Nos últimos dois anos você fez algum procedimento estético em decorrência de preocupações/insatisfações com a sua imagem corporal?

- não
 sim, já fiz o(s) seguinte(s) procedimento(s):

- cirurgia plástica estética (lipoaspiração, abdominoplastia, inserção de silicone, rinoplastia, etc.)
 harmonização facial
 botox
 preenchimento facial
 preenchimento labial
 peeling químico
 microagulhamento
 drenagem linfática
 laser corporal
 Outros: _____

Observação: a este formulário acrescentou-se as perguntas do BSQ (Anexo 1).

APÊNDICE 4

ESTRUTURA DO ENCONTRO INDIVIDUAL PARA ENTREVISTA DE TRIAGEM

Objetivo

Apresentação da pesquisadora; reiteração e investigação dos critérios de inclusão a partir das questões informadas no formulário on-line; aplicação do BSQ; esclarecimentos sobre os procedimentos de pesquisa; coleta de assinatura do TCLE.

Metodologia

1. Confirmar dados sociodemográficos.
2. Realizar perguntas norteadoras para investigação dos critérios de inclusão:
 - Você informou ter feito dieta e (apontar procedimentos estéticos realizados) em decorrência de preocupações/insatisfações com sua imagem corporal no último ano. Fale um pouco sobre essa experiência. (Confirmar informação)
 - Como afetou sua vida e rotina? (Investigar processo)
 - O que você esperava alcançar? Os resultados foram satisfatórios? (Investigar resultado)
 - Suas preocupações/insatisfações com sua imagem corporal foram minimizadas? (Investigar repercussão da experiência sobre a imagem corporal)
 - Essa experiência te marcou de alguma maneira? (Investigar efeitos/significado da experiência para a pessoa)

Critério de inclusão avaliado	Situação da participante
Ser do sexo/gênero feminino	() atende ao critério () não atende ao critério
Ter pelo menos 18 anos	() atende ao critério () não atende ao critério
Apresentar pontuação mínima de 111 pontos no BSQ (indicativo de insatisfação moderada com a imagem corporal)	() atende ao critério () não atende ao critério

Ter realizado ao menos uma tentativa de modificação corporal, através de dieta, no último ano	() atende ao critério () não atende ao critério
Ter realizado ao menos uma tentativa de modificação corporal, através de procedimentos estéticos invasivos ou minimamente invasivos, no último ano	() atende ao critério () não atende ao critério

Observações:

Perguntar sobre disponibilidade para os encontros (encontros duas vezes por semana, em dias intercalados).

Perguntar se há acesso a internet, condições de privacidade/sigilo para realização dos encontros.

APÊNDICE 5
ROTEIRO DE CAMPO

ROTEIRO DE CAMPO - PESQUISADORA
Data:
Número do encontro:
REGISTRO
Breve relato do encontro
Principais conteúdos trabalhados e observados (comportamentos clinicamente relevantes, elementos históricos, análises funcionais, similaridades/diferenças entre as participantes)
Objetivos do encontro foram atendidos? Seguiram o planejamento da intervenção proposta?
Intervenções utilizadas atenderam às necessidades terapêuticas das participantes? Seguiram o planejamento da intervenção proposta?
Há necessidade de aprimorar/adaptar algum aspecto da proposta do encontro? (Objetivo, estratégias utilizadas, etc.)
Houve algum problema técnico (queda de conexão, problemas audiovisuais)? Como afetou a condução do encontro?
O que pode ser aprimorado no planejamento da próxima sessão?

APÊNDICE 6

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DA INTERVENÇÃO

Bloco 1 – Percepção sobre efeitos/mudanças observadas após a intervenção

- Como foi a experiência dos encontros em grupo que você participou?
- Como os encontros afetaram sua relação com seu corpo?
- O que aparência significava para você antes do encontro e depois do encontro?
- Quais os impactos ou mudanças você notou após esta vivência?

Bloco 2 – Avaliação da intervenção

- Como você avalia esse processo terapêutico?
- O que você achou de a intervenção ter sido on-line?
- Houve alguma dificuldade ou facilidade?
- Como você se sentiu ao longo dos atendimentos?
- Como você percebeu as atitudes da terapeuta diante dos seus relatos?
- Quais momentos foram mais significativos para você durante os encontros?
- Quais momentos você se sentiu desconfortável durante os encontros?
- O que você achou de a intervenção ter sido em grupo?
- Deseja acrescentar algo sobre a intervenção?
- Dê uma nota de 0 a 10 sobre a experiência de participar do grupo.

APÊNDICE 7 – CONTRATO TERAPÊUTICO

Sejam bem vindas! Aqui estão algumas informações e orientações para melhor funcionamento do grupo

Quando, onde e como serão os nossos encontros?

Segunda 12/09 | Quinta 15/09 | Segunda 19/09 | Quinta 22/09 | Segunda 26/09

Às 19h, no link que está na bio do nosso grupo do Whatsapp!

Evite atrasar ou faltar aos encontros.

Imprevistos acontecem. Contudo, para que o grupo funcione é importante atentar para a presença e pontualidade. Lembre-se que estamos assumindo um trabalho coletivo de autocuidado, e que temos um curto período de tempo para realizá-lo. Teremos tolerância de 5min antes de iniciar as atividades do grupo. Se for inevitável atrasar ou faltar, avise no grupo do Whatsapp. Em caso de atraso, entre normalmente na sala quando você estiver disponível.

Atenção! Apenas em casos extraordinários iremos reagendar os encontros, e sempre buscando negociar previamente.

O grupo é terapêutico, mas não equivale a psicoterapia individual.

Isso significa que não temos compromissos de longo prazo, e que trabalharemos as questões de insatisfação corporal de modo pontual e breve. O grupo não substitui a psicoterapia (que é uma modalidade específica de cuidado em saúde mental), e nem se propõe a eliminar todos os problemas relacionados ao corpo e aparência. O que pretendemos é oferecer um espaço coletivo de cuidado, amparo e acolhimento, esperando que as ações desenvolvidas tenham efeitos terapêuticos positivos.

Teremos sete participantes e duas facilitadoras (psicólogas) no grupo. É preciso que todas tenham oportunidade de falar, e é preciso saber ouvir. Para isso, alguns cuidados são fundamentais:

- Evite interromper quando alguém estiver falando.
- Você pode sinalizar no chat ou levantar a mão quando quiser falar, mas não precisa pedir permissão.
- Tenha em mente que estaremos juntas tentando conhecer, compreender, escutar e compartilhar nossas experiências umas com as outras. Portanto, mantenha postura aberta, respeitosa, acolhedora, receptiva e empática.
- Evite julgar e diminuir o que as pessoas estiverem compartilhando, mesmo que você não concorde, não entenda ou tenha experiências diferentes.

- Evite fazer comentários depreciativos e comparações. Cada pessoa é única e tem sua própria história. O que estamos fazendo é construir um ambiente de cuidado para todas nós. Por isso, evite falar coisas como “não tem por que se sentir assim”, “que besteira!”, “já vivi coisa pior”. Queremos ser gentis e cuidadosas umas com as outras.

Atenção! Não serão toleradas ofensas de qualquer natureza

É importante respeitar e preservar a intimidade das colegas.

Em nosso grupo falaremos sobre questões que podem ser dolorosas, desconfortáveis, constrangedoras, enfim, questões íntimas e difíceis. Portanto, é imprescindível ter respeito pelo que for compartilhado e preservar a identidade e a privacidade das pessoas. Recomendamos manter sigilo e não fazer comentários com terceiros sobre as questões que forem tratadas no grupo. Evite comentar o que for conversado entre nós. Nosso grupo é coisa nossa.

O grupo depende do grupo.

A experiência do grupo dependerá do nosso comprometimento coletivo, e este do compromisso individual de cada uma. Assim, é importante que você se responsabilize por contribuir, participar das atividades propostas, trazer sugestões, enfim, se envolver de forma ativa no grupo. O grupo foi feito para você e para cada uma que faz parte dele.

Orientações básicas para os encontros on-line

- Procure um espaço onde seja possível ter privacidade e sigilo. Esse espaço precisa ser bem iluminado.
- É importante que antes de entrar na sala você teste seu áudio e câmera e já esteja confortavelmente posicionada: sentada, com o celular/computador disposto em uma posição que deixe seu rosto visível.
- Deixe o espaço confortável e agradável para você mesma. Se for possível, com água e lenços à sua disposição. Lembre-se que esse é um momento de cuidado para você.
- Use fones de ouvido durante os atendimentos.
- Por uma questão de segurança e privacidade, é recomendável que você utilize computador/celular pessoal. Caso não seja possível, coloque senha nos aplicativos e aparelhos.
- Precisaremos de uma boa conexão de internet para realizar um atendimento de qualidade. Contudo, é possível que existam falhas e problemas de conexão. Caso isso aconteça, você pode tentar: a) reiniciar o WiFi, b) desconectar, aguardar alguns instantes e conectar novamente o WiFi do seu celular/computador, c) acionar os dados móveis, d) aguardar alguns instantes e tentar entrar novamente na sala virtual. Caso nada funcione, respire fundo e lembre-se que algumas coisas fogem mesmo do nosso controle.

- Desligue as notificações do seu celular, alarmes e outros dispositivos que possam nos atrapalhar ou interromper.
- Não é permitido fazer qualquer tipo de gravação dos atendimentos.
- É possível que existam algumas interrupções ou imprevistos, afinal estamos em um ambiente doméstico. Para diminuir as chances disso acontecer, você pode: a) informar às pessoas com quem você mora que este é um horário destinado aos encontros terapêuticos, de modo que você precisará de silêncio e privacidade, b) evitar, durante o encontro, a presença de crianças e animais de estimação, c) evitar fazer atividades paralelas durante o encontro, como comer, fazer tarefas manuais, de trabalho, etc.

Caso você tenha qualquer dúvida, é só falar. Mais uma vez, seja muito bem vinda e até logo!

Com carinho,

Amanda

Playlist criada em conjunto durante a vivência do grupo terapêutico

