



**FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS
CERTIFICAÇÃO PARA TERAPEUTAS COGNITIVOS NO BRASIL
EDIÇÃO 2024**

PROVA TEÓRICO-PRÁTICA – XVI CBTC – 15/04/2024

CASO CLÍNICO ADULTO

Nº do candidato ___ **G A B A R I T O** ___

Instruções

1. Você está recebendo a Prova Teórico-Prática, constando de um caso clínico com cinco questões discursivas, de acordo com a opção inicial que você fez no momento da inscrição. Este é o Caso Clínico Adulto.
2. Você terá duas horas para responder às questões da prova Teórico-Prática. É fundamental gerenciar seu tempo com eficiência para garantir que todas as questões sejam respondidas dentro do prazo estipulado.
3. Ao iniciar a prova, é aconselhável revisar todas as questões e determinar quanto tempo dedicar a cada uma delas. Busque distribuir seu tempo de forma equilibrada para garantir que tenha a oportunidade de responder a todas. Certifique-se de fornecer respostas claras, concisas e completas.
4. Durante a prova não será permitido o uso de equipamentos eletrônicos ou materiais técnicos. Solicita-se que todos os dispositivos celulares ou eletrônicos sejam desligados ou colocados no modo silencioso antes do início da prova. Recomenda-se que estes fiquem sobre a mesa. O uso de qualquer dispositivo eletrônico durante a prova acarretará a desclassificação do candidato.
5. Caso precise usar o toalete, você pode solicitar ao coordenador da sala, que facilitará sua saída do local de prova acompanhado. Só poderá sair do local de prova um candidato por vez.
6. Na prova Teórico-Prática deverá constar apenas o seu número. Ao concluí-la, entregue ao responsável pela sala, que deverá colocar dentro de um envelope, lacrando-o diante de você e escrevendo o seu número do lado de fora do envelope.

7. Após a entrega da prova, certifique-se de assinar a lista de presença, conferindo se o seu número na Lista é o mesmo da prova.
8. O resultado desta prova será divulgado amanhã pela manhã. Caso o candidato queira entrar com recurso, deverá apresentá-lo por e-mail (certificacao@fbtc.org.br), até as 14:00 horas do dia 16 de abril de 2024.

CASO CLÍNICO ADULTO

Dados de Identificação

Júlia, 24 anos, mulher cisgênero, heterossexual, branca, solteira e técnica de enfermagem. É filha única, reside com os pais na periferia de uma cidade grande e não está em nenhum relacionamento sério.

Motivo da Busca por Psicoterapia

Júlia chega à terapia com muitas insatisfações: não consegue passar na prova de vestibular para Medicina, que tanto sonha; não consegue ter disciplina para estudar, o que é necessário para passar na prova; sente vergonha do local onde mora, portanto, quando conhece alguém, reluta em dizer qual o seu bairro e a sua profissão; deseja casar e construir uma família, mas não consegue manter um relacionamento estável, mesmo considerando que busca fazer tudo para agradar o outro e se arrumando, se comportando e conversando de forma a procurar causar uma boa impressão; está insatisfeita com seu corpo, seu sobrepeso e sua forma corporal e entende que por isso seus relacionamentos não vão à frente, acha que se fosse um “mulherão”, magra e “sarada”, os homens permaneceriam em um relacionamento sério com ela.

Quando questionada sobre o que mais lhe traz sofrimento no momento, informa que é estar presa em seu corpo gordo. Deseja possuir mais controle sobre sua alimentação, pois quer voltar ao peso com o qual se sente confortável. Nega estar de dieta atualmente. Chegou a fazer dieta por conta própria há dois anos, perdeu peso, mas depois de um ano já o havia recuperado.

Desde então, vem tendo episódios recorrentes de “comilança”. Informa que tem momentos em que come em excesso e que não consegue parar de comer. Os episódios costumam ocorrer de três a quatro vezes por semana. Ao ser indagada sobre um episódio recente de “comilança”, Júlia descreve que no final de semana estava estressada de estudar e foi a uma lanchonete em outro bairro, no meio da tarde. Embora tenha almoçado normalmente, fez a ingestão de dois sanduíches grandes, uma porção de batatas fritas e outra de mandioca frita, dois refrigerantes de 600 ml. Ao ir para casa, como estava sozinha, levou dois potes de sorvete de 1,5 litros, tomou os dois na mesma noite.

Quando questionada sobre estratégias usadas para lidar com o descontrole alimentar, nega provocar vômitos, ingerir laxantes e praticar exercícios físicos excessivamente. Júlia afirma ter tentado, sem êxito, provocar o vômito em uma única ocasião, mas, por ter sido uma experiência muito ruim, não tentou novamente.

Em relação ao padrão alimentar, relata que come em excesso quando está muito entediada, ansiosa, desesperançosa ou triste, mas depois se sente extremamente culpada e dorme por horas. Como trabalha e tem seu próprio dinheiro, tem como hábito manter seus estoques de doces, balas, chocolates e biscoitos na bolsa.

Cita como exemplo de um ciclo recorrente quando se senta para estudar. Como se vê como uma pessoa muito burra, vêm vários pensamentos na cabeça de que ela não é capaz, jamais passará na prova e que não há saída para ela. Com isso, fica inquieta, sem concentração e desmotivada. Para se aliviar, começa a comer desesperadamente, mesmo que não esteja com fome, apenas para se desligar naquele momento. Só consegue parar de comer quando se sente empanturrada ou se alguém chega de repente, pois sente vergonha de ser vista “devorando” os alimentos. Depois de comer em excesso, se sente culpada e insatisfeita com sua vida, pois pensa que ficará cada vez mais gorda e sem um relacionamento afetivo saudável. Deste modo, sente que sua vida será um fracasso total, assim, fica desmotivada e vai dormir.

Histórico Familiar e de Vida

A mãe de Júlia tem 50 anos, é manicure e trabalha em sua própria residência. Seu pai tem 58 anos, é aposentado de uma metalúrgica. Ambos os pais são migrantes de outras regiões do país. O avô materno da jovem é falecido e os demais avós são vivos. Ao apresentar sua família, faz referência ao avô paterno, com quem brincava bastante em sua infância.

Ressalta que ele é muito gordo e lembra que, quando criança, tinha medo de que sua barriga explodisse.

Queixa-se bastante da relação com os pais. Menciona que a mãe em sua infância era fria, não dava colo e acolhimento quando ela precisava, e era abusiva psicologicamente. Já no final da infância, começo da adolescência, sua mãe a chamava de suja, balofa e feia. O pai, apesar de ser um pouco mais afetuoso na infância, quando cresceu um pouco mais e discutiam, ele costumava “jogar em sua cara” que ela morava na casa dele e nada ali era dela. Sendo assim, já na adolescência, Júlia buscou sua própria independência.

Júlia relata ter muita mágoa dos pais. Traz lembranças dolorosas da infância quando menciona que a mãe cortava seu cabelo no estilo “Joãozinho” e não colocava nenhum adorno nela para ir à escola, como um brinco, um lacinho no cabelo etc., como faziam as mães das suas colegas. Isso a levava a se sentir com vergonha e menos amada do que as outras crianças. Considera que a relação com seus pais era sempre conflituosa porque ela era muito questionadora e os pais desejavam uma filha submissa. Por ser reativa, conforme suas palavras, ouvia muitas vezes do pai: *“É você quem precisa de mim”*; *“Sou eu quem manda aqui”*; *“Você não pode sair batendo porta porque a casa não é sua, nada aqui é seu”*. Assim, começou a trabalhar informalmente aos 14 anos para não depender financeiramente dos pais.

Informa que sua maior decepção se deu na adolescência, quando seu pai cancelou sua tão sonhada festa de 15 anos, após uma discussão que tiveram, pois ele alegou que ela não estava merecendo. Diz que ficou péssima, arrasada e deprimida, inclusive por ter visto acontecerem as festas de 15 anos das amigas. Uma vizinha, com pena, tentou ajudar improvisando uma comemoração de última hora, mas isso não reparou a sua dor. Fala que sua mãe nem sequer ajudou nos preparativos. Acredita que foi a partir dali que aprendeu a dormir muito e a “descontar” na comida.

Afirma que é uma pessoa gordinha desde criança e que é insatisfeita com sua aparência desde que se “reconhece como gente”. Teve seu primeiro namorado aos 16 anos, ele era um professor da escola técnica e tinha 25 anos. Sentia-se apaixonada, mas ele a traiu e terminaram. Sofreu muito e entendeu que havia sido trocada por uma mulher mais bonita e magra. Perdeu sua virgindade com outro professor em um curso pré-vestibular para Medicina, tinha 20 anos e o professor 33. Após a primeira relação sexual, ele mudou o seu comportamento com ela, sofrendo novamente a perda da possibilidade de receber afeto. Diante destas experiências, passou a considerar que se fosse “um mulherão”, eles não a

teriam deixado. Não teve amigos nesses cursos, porque sentia que não se encaixava com aquelas pessoas.

História Atual

Júlia deseja muito passar no vestibular para Medicina. Já fez três tentativas, mas todas frustradas. Alega não se ver em outra profissão, pois ser médica é a única maneira de alcançar o *status* social e o padrão de vida que almeja. Acredita que desta forma poderá passar a se sentir importante e inteligente.

A relação com os pais no momento atual permanece conflituosa e marcada por muitas discussões. Sente muita vergonha de morar na periferia e não na área nobre da cidade.

Se considera uma pessoa que se apega facilmente ao se relacionar afetivamente com alguém, cria altas expectativas, tenta agradar muito, faz muitas cobranças e a relação logo acaba.

Compara-se negativamente com outras mulheres, de modo que é difícil construir e manter amizades. A jovem possui um *blog* no qual “levanta a bandeira da independência”, posta fotos saindo para a balada e “curtindo” a vida sozinha, dá conselhos para outras mulheres “se empoderarem”, mas no fundo acredita ser um “lixo”, alguém dependente emocionalmente em relações amorosas, pois seus relacionamentos não duram sequer uma semana.

Está consciente de ser uma pessoa que “usa máscaras” para parecer forte, inteligente e bem-resolvida, mas se apaixona facilmente e só teve relacionamentos malsucedidos na vida: *“eu me entrego na bandeja, faço de tudo e ninguém quer”*.

Durante as primeiras sessões, menciona que há aproximadamente dois anos faz uso de Bupropiona de 150 mg, duas vezes ao dia, porém esquece-se frequentemente, o que sugere não ter disciplina no uso regular da medicação. Esta medicação foi recomendada pela ginecologista em uma consulta de rotina, pois queixou-se do ganho excessivo de peso. Já fez terapia três vezes, pelo plano de saúde, mas abandonou porque não se identificou com os profissionais.

Manejo Inicial da Psicoterapeuta

Desde a avaliação inicial do caso, Júlia e sua psicoterapeuta estabeleceram um bom vínculo terapêutico. A psicoterapeuta procurou ser bastante afetuosa e empática, legitimou a

dor da paciente decorrente da desconexão emocional em relação aos pais, mostrou-se indignada com os comportamentos abusivos destes e lamentou que não tenham ensinado à paciente maneiras de lidar com suas emoções, quando era apenas uma criança. No curso do tratamento, a profissional procurou ressaltar o quanto gosta dos momentos que passa com Júlia, por ela ser uma jovem bem expressiva emocionalmente, com um ótimo senso de humor, carismática e muito carinhosa e, acima de tudo, por se mostrar uma pessoa verdadeira nesta relação, demonstrando algumas facetas que ela não permitia que os outros conhecessem.

Identificou-se também a necessidade de dar limites à Júlia – de uma forma não punitiva, como a praticada por seus pais – pois a jovem chegava muitas vezes atrasada, faltando cerca de 20 ou 15 minutos para o término da sessão. Embora a psicoterapeuta não passasse do horário do atendimento, viu-se incomodada com a postura dela de esperar uma mudança rápida e milagrosa, sem se implicar de modo responsável com seu processo. Diante da dificuldade de Júlia de se organizar com horários, de ter disciplina para alcançar suas metas e do quanto isto estava se manifestando no contexto terapêutico, a psicoterapeuta colocou como tópico de sessão a necessidade de limites e disciplina. Orientou a paciente, de forma afetiva e colaborativa, na elaboração de etapas para alcançar metas de longo prazo.

Diante do quadro clínico apresentado, responda as perguntas abaixo.

- 1. Apresente a hipótese diagnóstica do caso clínico. Justifique e fundamente sua hipótese apresentando cinco aspectos descritos nos critérios do DSM-5-TR e ilustre cada um deles a partir do relato do caso (Vale 2,0 pontos).**

R: Hipótese Diagnóstica (0,5 ponto): Transtorno de Compulsão Alimentar; Crítérios (0,15 por cada critério correto e 0,15 para a ilustração, do respectivo critério, a partir do caso clínico acima): **A. Episódios recorrentes de compulsão alimentar: “...vem tendo episódios recorrentes de “comilança”. Informa que tem momentos em que come em excesso e que sente não conseguir parar de comer...” **B.** É necessário que as compulsões tenham pelo menos três aspectos de cinco; Júlia preenche quatro: comer até se sentir desconfortavelmente cheia, comer grandes quantidades de alimento na ausência da sensação física de fome, comer sozinha por vergonha do quanto está comendo, sentir-se desgostosa, deprimida ou muito culpada em seguida: “... Para se aliviar, começa a comer desesperadamente, mesmo que não esteja com fome, apenas para se desligar naquele momento. Só consegue parar de comer**

quando se sente empanturrada ou se alguém chega de repente, pois sente vergonha de ser vista “devorando” os alimentos. Depois de comer em excesso, se sente culpada e insatisfeita com sua vida...”. **C.** Sofrimento marcante em virtude da compulsão alimentar: “Quando questionada sobre o que mais lhe traz sofrimento no momento, informa que é estar presa em seu corpo gordo. Deseja possuir mais controle sobre sua alimentação, pois quer voltar ao peso com o qual se sente confortável. (...)”, “... Depois de comer em excesso, se sente culpada e insatisfeita com sua vida, pois pensa que ficará cada vez mais gorda e sem um relacionamento afetivo saudável. Deste modo, sente que sua vida será um fracasso total, assim, fica desmotivada e vai dormir.” **D.** Os episódios de compulsão alimentar ocorrem, em média, ao menos uma vez por semana durante três meses: “... Chegou a fazer dieta por conta própria há dois anos, perdeu peso, mas depois de um ano já o havia recuperado.”, “Desde então, vem tendo episódios recorrentes de “comilança”. Informa que tem momentos em que come em excesso e que não consegue parar de comer. Os episódios costumam ocorrer de três a quatro vezes por semana. (...)” **E.** A compulsão alimentar não está associada ao uso recorrente de comportamento compensatório como na bulimia nervosa: “... Quando questionada sobre estratégias usadas para lidar com o descontrole alimentar, nega provocar vômitos, ingerir laxantes e praticar exercícios físicos excessivamente. Júlia afirma ter tentado, sem êxito, provocar o vômito em uma única ocasião, mas, por ter sido uma experiência muito ruim, não tentou novamente”.

2. Com base na descrição do caso, identifique dois fatores de predisposição para o desenvolvimento do diagnóstico clínico e dois fatores mantenedores (Vale 1,5 pontos).

R: Predisposição (0,75; 0,375 para cada)

- Mãe abusiva psicologicamente, a chamava de feia, balofa, não era cuidadosa com a aparência da filha, contribuiu para desenvolver seu esquema de defectividade/vergonha.
- Esquema de isolamento social, se via diferente das amigas, se desvalorizava ao se comparar.
- Rejeições amorosas foram associadas ao peso e à forma corporal.
- Crenças de desvalor e desamor.
- Autoestima baseada na aparência física.

- Crença de que homens preferem mulheres magras
- Crença “sou um lixo”
- Ambiente invalidante e desregulação do humor
- Crença em não ser merecedora – ao ser punida com a perda da festa de 15 anos
- Histórico de dieta e restrição alimentar sem sucesso
- Histórico de obesidade familiar.

R: Mantenedor (0,75; 0,375 para cada)

- Se compara negativamente com mulheres magras e “saradas” / abstração seletiva.
- Relações malsucedidas são atribuídas ao peso e forma corporal, e não à sua postura nas relações.
- Come em excesso como estratégia para regular emoções negativas
- Mantém estoque de doces à disposição
- Comportamentos que mantêm sua autoestima baixa: na escolha de parceiros, no comportamento nas relações, na falta de organização e disciplina para remédio, estudos e psicoterapia, usar máscaras sociais para impressionar os outros, seja em encontros, seja no blog
- Autocriticismo, falta de rede de apoio familiar.

3. Considerando o modelo da Terapia Cognitivo-comportamental, baseado na descrição do caso clínico, cite: (Vale 2,0 pontos)

a) Uma possível crença nuclear (Vale 0,5 ponto)

- “Eu sou uma pessoa muito burra”
- “Eu sou um lixo – dependente emocionalmente em relações amorosas, pois os relacionamentos não duram sequer uma semana”

b) Uma possível crença intermediária (Vale 0,20 ponto)

- Se ela fosse um “mulherão”, magra e “sarada”, os homens permaneceriam em um relacionamento sério com ela
- Se eu sou burra, então não vou passar para medicina.

c) Dois sentimentos muito prevalentes (Vale 0,30 – 0,15 cada ponto)

- Culpa

- Vergonha
- Tristeza
- Ansiedade
- Desesperança
- Desmotivação

d) Dois pensamentos automáticos (Vale 0,30 – 0,15 cada)

- “Eu jamais passarei na prova”
- “Eu ficarei cada vez mais gorda e sem um relacionamento afetivo saudável”
- “Eu me entrego na bandeja, faço de tudo e ninguém quer”
- “Não há saída para ela”

e) Dois gatilhos atuais (Vale 0,30 - 0,15 cada)

- Estudar para o vestibular
- Sentir-se entediada
- Sentir-se ansiosa
- Sentir-se desesperançosa
- Sentir-se triste
- Pensar que é muito burra
- Pensar que não é capaz
- Pensar que jamais passará na prova
- Pensar que não há saída para ela
- Relacionamentos amorosos de curto prazo

f) Duas estratégias compensatórias (Vale 0,4 – 0,20 cada)

- Dormir após “comilança”
- Envolver com pessoas pouco disponíveis emocionalmente
- Criar altas expectativas nos relacionamentos
- Tentar agradar muito nos relacionamentos
- Fazer muitas cobranças ao parceiro
- Ser uma pessoa que “usa máscaras” para parecer forte, inteligente e bem-resolvida
- Comer em excesso para aliviar sentimentos de tristeza, desesperança, tédio e ansiedade.

4. Considerando que já foi realizada a conceitualização cognitiva e a psicoeducação sobre o diagnóstico clínico, apresente três intervenções que você avalia como sendo essenciais para o tratamento de Júlia. Justifique cada uma das intervenções sugeridas (Vale 2,5 pontos, sendo 0,83 para cada intervenção/ justificativa – sendo 0,13 pela intervenção e 0,7 para a justificativa).

Possibilidades de Resposta:

- Entrevista motivacional
- Técnicas para controle da ansiedade como respiração profunda e relaxamento
- Clarificação de valores
- Estabelecimento de equilíbrio entre autoaceitação e mudança
- Automonitoramento do padrão alimentar
- Desenvolvimento de um padrão regular de alimentação
- Estimulação do aumento de atividade física agradável com plano de exercício flexível
- Controle de estímulos
- Identificação das distorções cognitivas
- Alteração das expectativas pouco realistas sobre a perda de peso
- Desenvolvimento de expectativas realistas de desempenho
- Reestruturação de crenças sobre valor pessoal associado unicamente ao peso e à forma corporal
- Manejo da relação com a imagem corporal
- Estratégias de regulação do humor negativo
- Redução do perfeccionismo e autocobrança que mantêm a insatisfação corporal
- Desenvolvimento de habilidades sociais
- Treinamento em assertividade
- Treinamento em resolução de problemas
- Estimulação do foco em sucessos e qualidades
- Promoção do envolvimento da família no tratamento
- Questionamento Socrático
- Cartões de Enfrentamento

5. Com base na descrição do caso clínico, identifique e analise duas condutas da psicoterapeuta no tratamento de Júlia, à luz da TCC. Apresente pelo menos dois argumentos (ou justificativas) para cada conduta (Vale 2,0 pontos, sendo 1,0 para cada conduta, sendo que será pontuado a partir de pelo menos dois argumentos cada conduta).

Condutas / Argumentos possíveis:

- **Conduta:** “... A psicoterapeuta procurou ser bastante afetuosa e empática, legitimou a dor da paciente decorrente da desconexão emocional em relação aos pais, mostrou-se indignada com os comportamentos abusivos destes e lamentou que não tenham ensinado à paciente maneiras de lidar com suas emoções, quando era apenas uma criança. ...”

- **Argumentos possíveis:** A postura da terapeuta pode atuar em fatores predisponentes e mantenedores do quadro clínico, por:

- favorecer a regulação emocional, a autoaceitação, a conexão emocional;
- validar suas emoções, ao mostrar que o que ela sente é importante e merece atenção e cuidado, sem que isso precise estar relacionado com a aparência física;
- ajudar a paciente a encontrar fatores externos que auxiliam a explicar as causas de seus problemas, para reduzir seu senso de ser diferente, defeituosa e de ser alguém sem controle.

- **Conduta:** “... No curso do tratamento, a profissional procurou ressaltar o quanto gosta dos momentos que passa com Júlia, por ela ser uma jovem bem expressiva emocionalmente, com um ótimo senso de humor, carismática e muito carinhosa e, acima de tudo, por se mostrar uma pessoa verdadeira nesta relação, demonstrando algumas facetas que ela não permitia que os outros conhecessem”.

- **Argumentos possíveis:** A psicoterapeuta procurou:

- ressaltar outras qualidades de Júlia não associadas ao peso e à forma corporal;

- mostrar que ela pode ser querida e amada independentemente do peso e da forma corporal;
- favorecer a mudança de crenças de desvalor;
- enfatizar outros atributos de valor,
- reforçar a importância de ser verdadeira nos relacionamentos, sem precisar impressionar os outros sendo o que não é.

➤ **Conduta:** “Identificou-se também a necessidade de dar limites à Júlia – de uma forma não punitiva, como a praticada por seus pais – pois a jovem chegava muitas vezes atrasada, faltando cerca de 20 ou 15 minutos para o término da sessão. Embora a terapeuta não passasse do horário do atendimento, viu-se incomodada com a postura dela de esperar uma mudança rápida e milagrosa, sem se implicar de modo responsável com seu processo. Diante da dificuldade de Júlia de se organizar com horários, de ter disciplina para alcançar suas metas e do quanto isto estava se manifestando no contexto terapêutico, a psicoterapeuta colocou como tópico de sessão a necessidade de limites e disciplina. Orientou a paciente, de forma afetiva e colaborativa, na elaboração de etapas para alcançar metas de longo prazo”.

- **Argumentos possíveis:** A partir de seu desconforto pessoal, a psicoterapeuta traz para a pauta da terapia a importância de limites e disciplina frente a postura de Júlia de esperar mudanças significativas na vida sem tolerar desconfortos e fazer esforços necessários para que alcance seus objetivos. Isso se dá na forma como se alimenta, no uso irregular da medicação, na falta de planejamento para os estudos e na disciplina quanto ao horário da terapia.
- A terapeuta sabe que os pais de Júlia eram muito punitivos, mas não orientaram a paciente de forma afetuosa, para que pudesse lidar com o desconforto e ter disciplina para alcançar metas de longo prazo. Ela precisou desde cedo contar consigo mesma. Assim, procura orientar a paciente, de forma afetiva e colaborativa, na elaboração de etapas para alcançar metas de longo prazo.

- A psicoterapeuta procurou estabelecer limites e disciplina no processo psicoterapêutico para que isso se generalizasse para outras esferas, ou que ocorresse uma aproximação gradativa, iniciando por uma área mais fácil de manejar.