



**aldeia**  
SELO EDITORIAL ICH/UFJF

Margareth da Silva Oliveira  
Nazaré Albuquerque Hayashida  
Karen Priscila Del Rio Szupszynski  
Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
(ORGANIZADORAS)

PESQUISA E PRÁTICA  
EM SAÚDE EM  
**UMA PERSPECTIVA  
COGNITIVO-  
COMPORTAMENTAL**

  
EDITORA  
U F J F



Margareth da Silva Oliveira  
Nazaré Albuquerque Hayashida  
Karen Priscila Del Rio Szupszynski  
Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
(Organizadoras)

# PESQUISA E PRÁTICA EM SAÚDE EM UMA PERSPECTIVA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

1ª edição  
Juiz de Fora/MG  
2023



©Editora UFJF, 2023

Este livro ou parte dele não pode ser reproduzido por qualquer meio sem  
autorização expressa da editora.

O conteúdo desta obra, além de autorizações relacionadas à permissão de uso  
de imagens ou textos de outro(s) autor(es) são de inteira responsabilidade do(s)  
autor(es) e/ou organizador(es)



**UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE JUIZ DE FORA**

**Reitor**

Marcus Vinicius David

**Vice-Reitoria**

Girlene Alves da Silva



**Diretor da Editora UFJF**

Ricardo Bezerra Cavalcante

**Conselho Editorial do Selo Aldeia - ICH UFJF**

André Muskopf

César Agenor da Silva

Clarice Cassab

João Dulci

Lelio Moura Lourenço

Maria Leonor Botelho

Rodrigo Christofolletti

**Projeto Gráfico, Editoração e Capa**

Paolo Malorgio Studio

Pesquisa e prática em saúde em uma perspectiva cognitivo-comportamental /  
Organizadoras Margareth da Silva Oliveira ... [et al]. – Juiz de Fora, MG: Editora  
UFJF/Aldeia, 2023.

Dados eletrônicos (1 arquivo: 2mb)

Outras organizadoras: Nazaré Albuquerque Hayashida, Karen Priscila Del Rio  
Szupszynski, Laisa Marcorela Andreoli Sartes.

ISBN: 978-65-89512-80-6

1. Terapia cognitivo-comportamental. 2. Psicologia da saúde. 3. Prática baseada  
em evidências. 4. Saúde Mental. I. Oliveira, Margareth da Silva. II. Hayashida, Nazaré  
Albuquerque. III. Sartes, Laisa Marcorela Andreoli Sartes. IV. Título.

CDU 615.851

**Editora UFJF**

Campus Universitário, Rua José Lourenço Kelmer, s/n -

São Pedro, Juiz de Fora - MG, CEP: 36036-900

Telefone (32) 2102-3586

editora@ufjf.br / distribuicao.editora@ufjf.br

www.ufjf.br/editora

Filiada à ABEU



# Sumário

Apresentação da obra	05
<i>Margareth da Silva Oliveira, Nazaré Albuquerque Hayashida, Karen Priscila Del Rio Szupczynski e Laisa Marcorela Andreoli Sartes</i>	
Introdução	09
<i>Karen P. Del Rio Szupczynski, Raquel Boff e Tamara Melnik</i>	
Relação Terapêutica na Terapia Cognitivo-Comportamental	16
<i>Laisa Marcorela Andreoli Sartes, Bianca Aparecida Ribeiro Singulane e Nathália Soares Ribeiro</i>	
Fatores Transdiagnósticos em Saúde: Regulação Emocional	39
<i>Prisla Ücker Calvetti, Vanessa Dordron de Pinho e Juliana Furtado D'Augustin</i>	
Regulação Emocional da Mágoa e da Culpa: Contribuições Teóricas, Empíricas e Clínicas	60
<i>Vanessa Dordron de Pinho, Stèphanie Krieger e Eliane Mary de Oliveira Falcone</i>	
Treinamento de Habilidades Sociais no Tratamento de Usuários de Drogas	84
<i>Ilana Andretta, Fernanda Machado Lopes e Jéssica Limberger</i>	
Protocolos de Intervenção em Doenças Crônicas sob a Perspectiva Cognitivo-Comportamental	100
<i>Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida, Raquel Ayres de Almeida, Raquel de Melo Boff e Tânia Rudnicki</i>	
Ferramentas para a avaliação e manejo do estresse na prática clínica e da pesquisa científica	131
<i>Margareth da Silva Oliveira, Milton J. Cazassa, Grant S. Shields e George M. Slavich</i>	
Avaliação da Motivação no Sistema Judiciário	156
<i>Paulo Renato Vitória Calheiros e Itamar José Félix Junior</i>	
Práticas e Desafios na Atenção e (Re)Inserção Social dos Consumidores de Crack	174
<i>Suely de Melo Santana e Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque Melo</i>	
A Teoria da Esperança: Novos Modos de Prevenção e Intervenção na Saúde Mental em Idosos	201
<i>José Antônio Spencer Hartmann Jr, Antônio Gabriel Araújo Pimentel de Medeiros e Giliane Cordeiro Gomes</i>	
Organizadoras e autores	224

# APRESENTAÇÃO DA OBRA

As Terapias Cognitivo-Comportamentais (TCCs) referem-se a uma série de abordagens terapêuticas que têm em comum o papel mediacional da cognição como propulsor de emoções e comportamentos. Nas últimas décadas, as TCCs vêm sendo amplamente estudadas em vários países, e, atualmente, se destacam como uma das abordagens de tratamento psicoterapêutico que melhor apresentam evidências de efetividade para uma grande diversidade de grupos de indivíduos, quadros psicológicos e psicopatológicos.

A utilização das TCCs na área clínica e da saúde vem sendo destacada por práticas e estudos que mostram a adaptação (criativa) da teoria e das técnicas da TCC diante de todas as dificuldades existentes, tanto no contexto público como privado. Sua utilização nas mais variadas áreas clínica e da saúde tem mostrado um grande potencial de replicabilidade, instrumentalizando profissionais para ações mais eficazes.

Um dos desafios das TCCs é manter um dos pilares de seu desenvolvimento, isto é, seu caráter científico. Nos últimos anos, têm crescido vertiginosamente o interesse pelo conceito de Prática Baseadas em Evidências em Psicologia (PBEP), termo herdado de outras áreas como a medicina e a fisioterapia, e vêm sendo de grande interesse tanto nos cursos de graduação, quanto de pós-graduação no Brasil, além de despertar a curiosidade de profissionais que já atuam há anos na área.

Os avanços relacionados às questões da saúde e tecnologias vão ao encontro com o avanço das TCCs nesse processo evolutivo. O direcionamento “baseado em evidências” das TCCs e a importante produção de estudos tem permitido um cuidado cada vez mais eficiente com o paciente. A produção de ensaios clínicos tem sido intensa e a criação de “tecnologias” oriundas de seus resultados têm aumentado, tais como: protocolos de atendimento, validação de escalas, revisões sistemáticas, entre outros.

Além disso, o crescimento da terceira geração das TCCs têm influenciado fortemente o trabalho de psicólogos brasileiros. A diversidade teórica e a primazia pela PBE têm estimulado profissionais a utilizar as TCCs dentro dos mais variados contextos, tentando, assim, encontrar novas estratégias para os mais diversos problemas.

A interiorização da Psicologia, bem como das TCCs, vem mostrando seu crescimento e sua importância em diversas áreas da clínica e da saúde. Os pacientes, clientes ou usuários participam produzindo, sozinhos ou unilateralmente, adaptações que consideram necessárias às propostas terapêuticas. Assim, psicoterapeutas e

pesquisadores vêm trabalhando intensamente para descobrir formas de minimizar sofrimento e ampliar o bem-estar. Uso de drogas, estudos sobre empatia, relação terapêutica, motivação para mudança de diferentes comportamentos, transtornos alimentares, doenças crônicas têm sido alguns dos temas amplamente estudados pelas TCCs. Esses estudos vêm analisando diferentes processos, buscando auxiliar pacientes/usuários de maneiras diferentes e cada vez mais eficazes.

No entanto, um dos desafios para a promoção da PBEP no Brasil, é a realização dos estudos científicos na área, que são custosos, demorados e metodologicamente desafiadores. No intuito de realizar estudos científicos sobre as TCCs, promover e divulgar o conhecimento científico psicológico, foi criado o Grupo de Trabalho “Processos, Saúde e Investigação em uma Perspectiva Cognitivo-Comportamental”, vinculado a ANPEPP (Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia). Deste grupo, nasce a presente obra.

Neste livro, os estudos contidos confirmaram a nossa contribuição e aqui apresentamos o resultado da concentração dos esforços de um grupo de profissionais e pesquisadores. O leitor encontra, em todos os capítulos: os constructos teóricos, instrumentos de avaliação e de intervenção com as possibilidades de aplicabilidade em caso clínico, baseados em evidências, no seu respectivo tema. São experiências vividas que podem ajudá-lo a desenvolver um conhecimento sólido ao longo de 11 capítulos.

A Introdução apresenta um panorama conceitual sobre a Prática Baseada em Evidências, em que o leitor poderá debruçar-se sobre um histórico de desenvolvimento da PBE em Psicologia no contexto internacional e nacional. A partir do terceiro capítulo o livro apresenta pesquisas e práticas dos grupos de pesquisa cujos autores pertencem.

No capítulo 3, as autoras referem que a relação terapêutica procura criar uma relação genuína entre um psicoterapeuta e o paciente, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor. Determinar o tipo de relacionamento terapêutico permite uma melhor intervenção, sendo um fator importante para os mecanismos de mudança nos pacientes durante o tratamento. São examinados os modelos transteóricos e de TCC do relacionamento terapêutico, a importância da avaliação desse relacionamento, como trabalhar com a separação e o gerenciamento do relacionamento, sendo fornecidas evidências científicas dos efeitos do relacionamento terapêutico no tratamento.

O quarto capítulo considera que a regulação emocional tem importante papel na prevenção e no tratamento de doenças físicas e mentais. Ressaltam, ainda, que a regulação emocional se mostra como importante fator transdiagnóstico em saúde promissor de novos protocolos em Terapia Cognitivo-Comportamental.

O quinto capítulo versa sobre a culpa e a mágoa como experiências emocionais desagradáveis que mobilizam os indivíduos a buscarem alívio, independentemente

do evento que as elicia. As autoras nos presenteiam com informações e orientações, além de ressaltar que o terapeuta deve dispor de conhecimentos teóricos e de habilidades clínicas para o benefício do paciente.

No capítulo seguinte foram abordados aspectos históricos, teóricos e um modelo de intervenção com aplicabilidade do constructo sobre habilidades sociais. Trazem também, estudos sobre as habilidades sociais e fatores de risco em diferentes faixas etárias, bem como depressão e ansiedade e o transtorno por uso de substância. Enriquecem mediante um caso clínico e um modelo de intervenção em usuário de drogas, sendo descrita uma forma de desenvolver um protocolo e colocá-lo em prática.

No capítulo sétimo, as autoras contemplam de forma abrangente a teoria e a prática do processo avaliativo no contexto da saúde sobre os dados atuais das doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, apresentam a criação e o desenvolvimento de protocolos de base cognitivo-comportamental em serviços de saúde, ressaltam as práticas cotidianas do terapeuta junto às equipes de saúde, além de incentivar a discussão dos processos de trabalho.

Na sequência, o capítulo oitavo, aborda ferramentas para a avaliação e gerenciamento do estresse, oferece ao terapeuta e pesquisador um instrumento com evidências de validade para a realidade brasileira e no mapeamento abrangente do estresse. Para além disso, oferece um recurso favorável à construção de estratégias e para a busca de caminhos visando a ampliação da resiliência, da flexibilidade psicológica e, de melhores formas para lidar com o estresse.

O capítulo nono apresenta instrumentos de medidas que possam contribuir para a avaliação da motivação para mudança de comportamento de indivíduos usuários de substâncias psicoativas advindos do sistema judiciário. Comenta a respeito de vários fatores que agem para a motivação e o tratamento, no sentido de ser melhores trabalhados pelos profissionais. Denota a necessidade contínua de se fazer avaliações da motivação, especialmente no momento do encaminhamento e nos processos iniciais de tratamento.

O décimo capítulo pretende avançar e integrar modelos de atenção baseados em múltiplos referenciais teóricos com possibilidades de responder e fornecer subsídios para uma melhor compreensão de aspectos que interferem na atenção e reinserção social dos consumidores de *crack*. Sugere uma integração de intervenções no intuito de ajudar os profissionais da área, os próprios consumidores de drogas e seus familiares.

Por fim, o décimo primeiro capítulo, apresenta os estudos da Teoria da Esperança numa perspectiva prática, na área do envelhecimento, no sentido de acrescentar e fortalecer autonomia, laços e preservação de uma cognição saudável e flexível para modificar crenças disfuncionais ou contextualizá-las.

Desejamos que você tenha uma boa leitura e esperamos que este material contribua para reflexões, construções teóricas e a qualificação da prática em evidências científicas.

*Margareth da Silva Oliveira  
Nazaré Albuquerque Hayashida  
Karen Priscila Del Rio Szupszynski  
Laisa Marcorela Andreoli Sartes (Orgs.).*



# INTRODUÇÃO

*Karen P. Del Rio Szupszynski  
Raquel Boff  
Tamara Melnik*

A Prática da Psicologia baseada em evidências (PPBE) está estruturada a partir de três pilares: a melhor evidência científica disponível; a expertise do clínico/terapeuta; e as características do paciente. A busca da melhor evidência científica disponível fundamenta-se na identificação das melhores evidências quanto à eficácia, efetividade, eficiência e segurança de cada intervenção, seja ela de natureza diagnóstica, terapêutica ou preventiva. A utilização de indicadores de qualidade e que apoiam o diagnóstico e tratamento de transtornos mentais tem se mostrado essencial para a obtenção de melhores resultados clínicos. Diante disso, as pesquisas desenvolvidas em diversos países demonstram o impacto da PPBE na melhoria da efetividade na área da Saúde Mental em todo o mundo. Para oferecer o tratamento com as melhores evidências é essencial compreender os seguintes conceitos:

- “Eficiência”- refere-se ao ato de alcançar mais objetivos com menos recursos;
- “Eficácia”- obter resultados em condições ideais de um estudo controlado;
- “Efetividade” - refere-se aos contextos com condições reais dos pacientes e suas circunstâncias.

O diagnóstico, o tratamento e a prevenção de diferentes transtornos mentais e/ou problemas psicológicos configuram-se como um dos maiores desafios da psicologia, considerando que há inúmeros tipos de abordagens e métodos existentes na clínica psicológica (MELNIK & ATALLAN, 2011). Além dessa diversidade de possibilidades, muitos psicólogos optam por aplicar programas de tratamento que estejam relacionados com sua preferência, em detrimento da busca por evidências científicas de efetividade. Diante deste cenário, surge a Prática da Psicologia Baseada em Evidências - PPBE (*Evidence-Based Practice in Psychology*, ou EBPP), com o objetivo de preencher a lacuna entre a ciência e a prática, otimizando modelos diagnósticos e interventivos que se sobressaiam por meio de evidências empíricas de efetividade e utilidade clínica.

## INTRODUÇÃO

O movimento da PPBE derivou-se da Medicina Baseada em Evidências (MBE), termo introduzido por David Sackett e seus colegas, a partir de estudos realizados na McMaster University em Ontário, Canadá. O intuito da MBE foi de integrar a experiência clínica individual com a melhor evidência clínica externa disponível a partir da pesquisa sistemática, a fim de alcançar a melhor conduta possível para o paciente. Neste sentido, a literatura passa a organizar as informações de modo que fiquem mais claras as condutas mais assertivas relacionadas a diagnóstico e tratamento. Com o passar dos anos, o termo *Medicina Baseada em Evidência* foi substituído pelo termo Prática Baseada em Evidência (PBE), considerando que este último se generaliza para diferentes áreas da prática de cuidados de saúde (DOBSON & DOBSON, 2011).

Embora a PBE tenha ganho força apenas na década de 90, foi no ano de 1952 que o psicólogo alemão Hans Eysenck propôs que o efeito das psicoterapias pudesse ser avaliado, reunindo dezenove estudos empíricos e identificando possíveis indicadores de adesão/sucesso (LEONARDI & MEYER, 2015). O método apresentado por Eysenck era o do autorrelato dos terapeutas, com o objetivo de avaliar a possível melhora dos pacientes em terapia. Mesmo diante das falhas metodológicas do estudo, concluiu-se que nenhuma modalidade psicoterápica era mais efetiva que a outra, sendo a passagem do tempo o único fator de mudança. Este resultado causou controvérsias de opiniões na época, levando psicólogos como Carl Rogers acreditarem que a pesquisa não representava impacto sobre a clínica em psicologia (BARLOW, 2013). Diante disso, Eysenck iniciou inúmeras pesquisas direcionadas para a avaliação da efetividade de psicoterapias, abrindo espaço para o que posteriormente seria chamado de “Psicologia baseada em evidências”.

Inúmeras pesquisas têm sido feitas para avaliação da diferença entre os efeitos de modalidades de psicoterapia tais como: a psicanálise, terapia comportamental, psicodrama, terapia centrada no cliente e tratamento medicamentoso. Os resultados obtidos demonstram que a maioria das pesquisas não apresentam diferenças significativas entre as diferentes modalidades. Neste sentido a eficácia das psicoterapias na época foi atribuída ao que chamaram de ‘Fatores Comuns’. Estes fatores foram compreendidos como características que se apresentam a todo o tipo de psicoterapia, independente do processo, quais sejam: características do terapeuta (ex.: empatia, aceitação, compaixão); características do cliente (ex.: motivação para o tratamento); e a relação terapêutica, como um dos principais mediadores nos processos de mudança (LEONARDI & MEYER, 2015; MONTELEONE & WITTER, 2017).

Em 1993, a Divisão 12 da *American Psychological Association* (APA) criou uma Força Tarefa com o objetivo de comprovar a eficácia das psicoterapias. Para isso convidou psicólogos de diferentes abordagens para analisar os tratamentos empiricamente validados. A análise desta força tarefa não levou em consideração os

fatores comuns, mas os chamados 'Fatores Específicos' das diferentes modalidades terapêuticas. Os Fatores Específicos dizem respeito às técnicas e estratégias de cada abordagem psicoterápica e foram fortemente defendidos por pesquisadores da abordagem Cognitivo-comportamental. Diante disso, na década de 1970 foi publicado o primeiro periódico científico (Cognitive Terapy and Research) que apresentava estudos de intervenções com descrição sistematizada de seus procedimentos (DOBSON & DOZOIS, 2011). Neste sentido, os fatores que nortearam a ação da *Task Force 12* na análise pela busca das evidências de eficácia das psicoterapias diziam respeito a estudos que (LEONARDI & MEYER, 2015):

- Focassem em um comportamento alvo a ser tratado (depressão, ansiedade social etc);
- Apresentassem uma explicação teórica sobre a origem do problema (por exemplo, no caso de fobia específica, condicionamento clássico);
- Descrevessem os mecanismos de mudança que estão coerentes com a abordagem a ser testada (por exemplo, extinção respondente, no caso de fobia);
- Indicassem qual a terapêutica utilizada para atingir o mecanismo de mudança (dessensibilização sistemática, reestruturação cognitiva etc);
- Indicassem que atribuísem os resultados dos desfechos a terapêutica empregada.

A investigação de Fatores Específicos, como requisitos essenciais dos tratamentos disponibilizados, viabilizou a inclusão apenas de estudos que tivessem tratamentos descritos em manuais, o que oportunizava avaliar tratamentos sustentados empiricamente e direcionados a um determinado transtorno psicológico do DSM 5 (APA, 2014). Essa investigação foi publicada no *The Clinical Psychologist*, em 1995, e indicou 18 tratamentos empiricamente sustentados (TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PRODEDURE, 1995). No entanto, o trabalho foi alvo de duras críticas, exatamente por incluir apenas tratamentos manualizados, por ater-se a ensaios clínicos (ambiente controlado não seria coerente com a prática diária); por supostamente privilegiar a terapia cognitivo-comportamental (esta é a abordagem que tem seus procedimentos amplamente descritos); e por não considerar os fatores comuns (WESTEN et al., 2006).

Tendo como argumento estas críticas, a Divisão 29 da APA (Divisão sobre Psicoterapia) organizou uma outra Força Tarefa cujo objetivo foi avaliar os fatores comuns das diferentes abordagens, bem como a sua importância para os desfechos. O relatório deste trabalho foi publicado no livro *Psychoterapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiviness to Patient Needs* e apresentou o resultado de 24 metáanalises que listaram fundamentos da

## INTRODUÇÃO

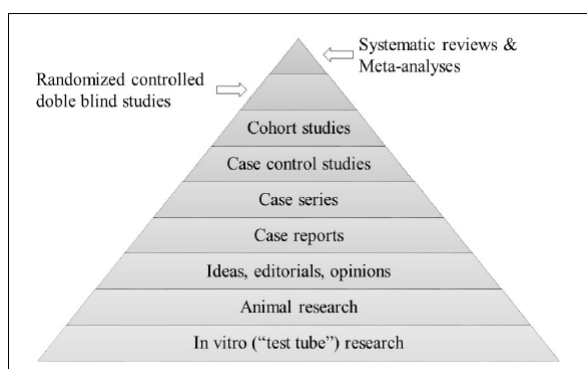
relação terapêutica e características dos clientes que impactaram em desfechos positivos (NORCROSS, 2002).

Para unificar os esforços na busca pelas melhores evidências das Divisões 12 e 29 da APA, bem como dissolver a cisão entre as divisões na área de psicoterapia, criou-se em 2002 a *Society of Clinical Psychology* junto à Divisão 12. A nova frente de trabalhos se propôs a analisar todos os fatores envolvidos nos resultados dos estudos e, portando, os seguintes aspectos começaram a orientar o trabalho da nova divisão (LEONARDI & MEYER, 2015):

- A natureza dos participantes dos estudos;
- A relação terapêutica e os procedimentos que dizem respeito a eficácia da intervenção;
- Como as variáveis descritas acima trabalham a favor ou contra a psicoterapia.

O trabalho da *Society of Clinical Psychology* teve como resultado a adoção de critérios que determinam o que é um tratamento empiricamente sustentado, além de publicar no seu website (<https://www.div12.org/psychological-treatments/>) tratamentos sustentados para diversos transtorno psicológicos, manuais de tratamento e orientações sobre treinamentos específicos para profissionais. Esses critérios sustentam-se mediante a avaliação de pesquisas com níveis altos de confiabilidade. As evidências são classificadas de acordo com a forma de aplicação de seus métodos, tendo as revisões sistemáticas, com ou sem metanálise, como evidências de maior confiabilidade. Além das revisões, os ensaios clínicos são considerados estudos com bons níveis de evidência, devendo ter randomização e ter avaliador dos resultados (desfechos) cegado. A partir dos Ensaios ainda existem outros métodos com bons níveis de evidências, conforme demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Pirâmide de níveis de evidências



Fonte: Melnik, Souza & Carvalho, 2014

A Prática Baseada em Evidências já é consolidada no mundo todo como essencial ao exercício profissional na área da saúde (MELNIK & ATALLAN, 2011). No Brasil, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) baseiam-se em:

- critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde;
- o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber;
- as posologias recomendadas;
- os mecanismos de controle clínico;
- e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos.

Diante disso, não seria importante que o psicólogo também se preocupasse em buscar as melhores evidências científicas sobre o tratamento que irá oferecer a cada um de seus pacientes? Cada pesquisa tem o intuito de avaliar, compreender ou testar uma nova modalidade de tratamento, ponderando os resultados positivos e negativos e discutindo a viabilidade e/ou indicação de como determinado protocolo de intervenção seja replicado. Assim, cada artigo científico ou livro publicado traz, aos profissionais das diferentes áreas, a compilação dos resultados de pesquisas e fornecem informações para que este faça a escolha da melhor opção para seu paciente (Melnik et al., 2014).

A produção científica gerada pelos programas de pós-graduação brasileiros, bem como a avaliação realizada pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) tem como objetivo promover e difundir o conhecimento produzido nas universidades, disponibilizando mais recursos aos profissionais que atendem diariamente inúmeros clientes/pacientes. O intuito é que todos os profissionais do país acessem esse conhecimento e atualizem suas formas de intervir, escolhendo a técnica que produz mais resultado, associada à questões pessoais e culturais de seus pacientes. A leitura de livros e artigos científicos faz parte de um atendimento ético, voltado para a preocupação em proporcionar estratégias terapêuticas que foram validadas cientificamente.

A produção de conhecimento via pesquisas e publicação de artigos científicos pode ser entendida como produção de tecnologia. Mas tecnologia não tem a ver com computadores e softwares? Não necessariamente. Produzir tecnologia é produzir um novo conhecimento, é transformar algo ou criar uma nova forma de fazer ou agir. A criação de um protocolo de intervenção para pacientes com depressão pode ser entendida como produção de tecnologia. Um exemplo disso é a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde – Conitec, criada pela Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011, com o objetivo de assessorar o Ministério da Saúde “nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDT”. Essa comissão

## INTRODUÇÃO

avalia inovações na área da saúde para que sejam implantadas nas práticas em saúde. Essas inovações podem ser produtos, sites, aplicativos ou novos *softwares* como também novos protocolos de intervenção para os mais diferentes problemas físicos ou psicológicos. As novas tecnologias podem ser apresentadas pelos pesquisadores no próprio site do CONITEC (<http://conitec.gov.br/>), e necessitam de pesquisas empíricas que comprovem sua efetividade, além da economia em relação as tecnologias já existentes.

O desenvolvimento da Prática baseada em evidências tem influência de pesquisadores, clínicos e associações científicas na busca de resultados de seus serviços prestados, com o intuito de oferecer a melhor qualidade e a melhor relação custo-efetividade. No entanto, mesmo diante das indicações de diretrizes nacionais para a aplicabilidade de psicoterapias baseada em evidências, muitos psicólogos clínicos ainda parecem resistentes à PPBE, podendo assim promover práticas sem embasamento científico (LEONARDI & MEYER, 2015).

A PPBE vai integrar 3 importantes aspectos que que a tomada de decisão do profissional seja realizada de forma adequada. Os três domínios envolvidos seriam: (1) a melhor evidência científica disponível, (2) expertise clínica e (3) as características do cliente (SPRING, 2007). Assim, a tomada de decisão clínica deve apoiar-se neste tripé, optando-se por estratégias que atendam a todas essas demandas.

A Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) tem sido uma das abordagens que mais tem se tangenciado com as premissas da PPBE. Os protocolos baseados na TCC, e testados por meio de ensaios clínicos randomizados, estão associados aos maiores tamanhos de efeito reportados na literatura, com resultados favoráveis para diferentes transtornos. As evidências constatadas têm demonstrado suporte empírico e, assim, consolidado como um modelo de atendimento eficaz. Isso demonstra que o investimento em pesquisa tem sido fundamental para oferecer os tratamentos mais adequados para pacientes com demandas diversas.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do que foi exposto, é de extrema relevância a síntese dos resultados de estudos com bons níveis de evidências para a produção de diretrizes clínicas, direcionando a tomada de decisão sobre a psicoterapia, associada ou isolada, no tratamento de diferentes problemas psicológicos. Além disso, o desenvolvimento das pesquisas clínicas em Saúde Mental tem o objetivo de traduzir os melhores resultados da investigação científica no campo da saúde no Brasil.

Assim, o presente livro tem o intuito de contribuir com aproximação entre pesquisa e prática em Psicologia Clínica no Brasil, mais especificamente na área da Terapia Cognitivo-comportamental. Os capítulos apresentam temas variados

que trazem evidências de novas estratégias para diversos problemas físicos e psicológicos. Todos os capítulos são escritos por pesquisadores, de diferentes Programas brasileiros de Pós-graduação *Stricto Sensu*, e são especialistas na área da Terapia Cognitivo-comportamental. Os capítulos oferecem inovações da abordagem validadas empiricamente e aplicadas em diversos contextos clínicos.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (APA). *DSM 5*: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DOBSON, D.; DOBSON, K. *A Terapia Cognitivo-comportamental baseada em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2011.

LEONARDI, J.; MEYER, S.B. *Prática Baseada em Evidências em Psicologia e a História da Busca pelas Provas Empíricas da Eficácia das Psicoterapias*. Psicologia: Ciência e Profissão, 35(4), 2015.

MELNIK, T., SOUZA, W.F., & CARVALHO, M.R. *A importância da prática da psicologia baseada em evidências*: aspectos conceituais, níveis de evidência, mitos e resistências. Revista Costarricense de Psicología, 33(2), 2014.

\_\_\_\_\_; ATALLAH, A. N. *Psicologia baseada em evidências*: provas científicas da efetividade da psicoterapia. São Paulo: Gen/Santos, 2011.

MONTELEONE, T.V.; WITTER, C. *Prática Baseada em Evidências em Psicologia e Idosos*: Conceitos, Estudos e Perspectivas. Psicologia: Ciência e Profissão, 37(1), 2017.

NORCROSS, J. C. (Org.). *Psychotherapy relationships that work*: Therapist contributions and responsiveness to patient needs. New York: Oxford University Press, 2002.

WESTEN, D. I.; STIRMAN, S. W.; DERUBEIS, R. J. Are research patients and clinical trials representative of clinical practice? In: J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Orgs.). *Evidence-based practices in mental health*: Debate and dialogue on the fundamental questions. Washington, DC: American Psychological Association, p. 161-189, 2006.

# RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

*Laisa Marcorela Andreoli Sartes  
Bianca Aparecida Ribeiro Singulane  
Nathálya Soares Ribeiro*

## RESUMO

Ao longo do desenvolvimento da terapia cognitivo-comportamental (TCC), muitas vezes, a relação terapêutica foi considerada por alguns profissionais como menos relevante, quando comparada à sistematização e conjunto de técnicas utilizadas. No entanto, estudos vem evidenciando cada vez mais a sua importância e seu impacto nos resultados dos tratamentos. Neste capítulo iremos abordar modelos transteóricos e os da TCC sobre aliança terapêutica, a importância da avaliação da relação, como trabalhar a ruptura e manejo da aliança e ainda trazer evidências científicas dos efeitos da aliança terapêutica no tratamento.

## INTRODUÇÃO

No decorrer da formação em psicologia, principalmente, quando falamos da clínica, algumas perguntas sobre processo de mudança costumam emergir: como ocorre a mudança de sentimentos, pensamentos e comportamentos? Ela acontece exclusivamente por meio de aplicações de técnicas terapêuticas? Se todas as mudanças ocorrem por meio de aplicação de técnicas, por que alguns pacientes obtêm resultados positivos e outros não?

Algumas destas perguntas poderiam ser explicadas mediante a avaliação de processo em psicoterapia. Podemos avaliar tratamentos de saúde por meio da verificação da eficácia e efetividade dos resultados ou via avaliação das diversas variáveis que permeiam o processo psicoterapêutico. Por intermédio da avaliação de processo é possível compreender como ocorre a mudança no decorrer do tratamento e identificar os mecanismos de ação terapêutica (PHILIPS & FALKESTRÖM, 2021; SERRALTA et al., 2007) que podem influenciar nos resultados.



Quando se trata de processo psicoterapêutico, a relação terapêutica é uma das variáveis mais pesquisadas e enfatizadas (CUIJPERS et al., 2019). No entanto, ao longo da história nem sempre foi assim.

Os teóricos iniciais da Terapia Comportamental ressaltaram a importância do papel das técnicas em contraste à relação terapêutica. Eles mantinham o foco sobre os eventos observáveis e sua relação com fatores ambientais, ou seja, técnicas foram elaboradas a fim de alterar a relação entre os comportamentos não-adaptativos e os seus antecedentes e consequências (HORVATH, 2000). Por outro lado, a Terapia Cognitiva, desenvolvida por Aaron Beck na década de 1960, divergiu da Terapia Comportamental, afirmando que um bom relacionamento tinha de ser posto em prática para que o trabalho tivesse efeito terapêutico. Desta forma, do mesmo modo que a Terapia Cognitiva, a relação terapêutica para a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) foi vista como necessária, mas não suficiente para a mudança (GIOVAZOLIAS, 2004). Este capítulo é parte de um trabalho de revisão do grupo de pesquisa sobre TCC para usuários de álcool por *internet* do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo um dos focos do estudo a aliança terapêutica. Abordaremos o modelo transteórico da aliança terapêutica, o papel da aliança terapêutica na TCC, formas de avaliá-la, modelos de fortalecimento, rupturas e reparos da aliança terapêutica na TCC e a influência da aliança terapêutica nos resultados do tratamento.

## ALIANÇA TERAPÊUTICA: MODELO TRANSTEÓRICO

Aliança terapêutica ou aliança de trabalho é um elemento da relação terapêutica. O conhecimento deste construto é importante, visto que a maioria dos estudos sobre aliança terapêutica, contemporâneos ou não, se dedica a explorar o aspecto transteórico da mesma. A aliança terapêutica é um modelo que possui diversas definições, sendo a de Bordin (1979) a mais utilizada na literatura sobre psicoterapias, incluindo a TCC.

De acordo com Ardito e Rabellino (2011), o conceito de aliança terapêutica remonta à teorização de Freud (1913) sobre a transferência. Inicialmente a transferência era considerada um conceito puramente negativo, porém, Freud, em seus trabalhos posteriores, adotou uma postura diferente sobre a questão da transferência e considerou a possibilidade de um apego benéfico real se desenvolvendo entre terapeuta e paciente. Similarmente, Greenson (1965) definiu a aliança de trabalho como uma colaboração baseada na realidade entre paciente e terapeuta. Outros autores (HORWITZ, 1974; BOWLBY, 1988), consideraram o vínculo entre terapeuta e paciente como qualitativamente diferente daquele baseado em experiências infantis. Estes autores fizeram uma distinção entre a transferência e a aliança terapêutica e essa distinção mais tarde se estendeu além da estrutura analítica (HORVATH & LUBORSKY, 1993).

Rogers (1951) definiu o que ele considerou ser os componentes ativos na relação terapêutica: empatia, congruência e consideração positiva incondicional. Estes foram vistos como as condições ideais oferecidas pelo terapeuta, porém, mais tarde, demonstraram ser especificamente essenciais para a terapia centrada no cliente (HORVATH & GREENBERG, 1989; HORVATH & LUBORSKY, 1993). Enquanto Rogers enfatizou o papel do terapeuta na relação, outros trabalhos enfocaram a teoria da influência dos aspectos sociais. O trabalho de Strong (1968) baseou-se na hipótese de que, se o paciente está convencido da competência e adesão do terapeuta, isso dará a este último a influência necessária para provocar mudanças no paciente.

Luborsky (1976) propôs um desenvolvimento teórico do conceito de aliança, sugerindo que as variações nas diferentes fases da terapia poderiam ser explicadas em virtude da natureza dinâmica da aliança. Distinguiu dois tipos de alianças: a primeira, encontrada nas primeiras fases da terapia, baseava-se na percepção do terapeuta como apoiador, e um segundo tipo, mais típico das fases posteriores da terapia, representava a relação colaborativa entre o paciente e terapeuta para superar os problemas do paciente - uma partilha de responsabilidade no trabalho para alcançar os objetivos da terapia e um senso de comunhão.

Em 1952, Hans Eysenck foi polêmico ao referir-se que a terapia psicodinâmica poderia não ser mais eficaz que uma condição de placebo. A partir desta publicação, as normas para pesquisa de resultados em psicoterapia foram esclarecidas e desenhos de pesquisas metodologicamente mais rigorosos foram desenvolvidos a fim de comparar os efeitos de intervenções baseadas em diferentes modelos teóricos (HORVATH, 2000). De acordo com Horvath (2000), na década de 1970, havia uma consciência crescente de que uma variedade de terapias poderia ter eficácia parecida em aliviar problemas psicológicos. Porém, havia pouca evidência para sugerir a abordagem de psicoterapia que fosse superior às demais. Com o aumento do investimento em pesquisa clínica e a falta de congruência entre as abordagens teóricas, houve um interesse entre os pesquisadores de se obter fatores terapêuticos comuns entre as diferentes psicoterapias. Tal busca levou à necessidade de ter um modelo de aliança terapêutica que fosse transteórico.

Em 1979, Edward Bordin, em seu artigo *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*, propôs uma reformulação transteórica do conceito de aliança de trabalho (BORDIN, 1979). Ele mudou o conceito original vindo da psicodinâmica e o encaixou em um modelo mais genérico, pautado no consciente e no aqui-e-agora (presente). Tal modelo é considerado atualmente como um importante construto dirigido à relação terapêutica (BORDIN, 1994). Segundo Bordin (1979), a aliança terapêutica é uma relação de colaboração mútua, marcada por concordâncias entre terapeuta e paciente e constituída por três componentes interdependentes: objetivos, tarefas e vínculo. Os objetivos

correspondem ao consenso sobre expectativas de resultados de curto e longo prazo entre terapeuta e cliente, as tarefas são acordos ou consensos entre terapeuta e cliente referentes ao que deve ser feito na terapia e como diversas atividades da terapia contribuirão para a resolução do problema do cliente e o vínculo está associado à ligação afetiva entre terapeuta e cliente.

Um caso clínico pode clarificar o conceito de Bordin (1979) sobre a teoria da aliança terapêutica. Diego (nome fictício), 54 anos, solteiro e com ensino superior incompleto, procurou a TCC para auxiliar em seus problemas com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC). Nas sessões iniciais do caso, foram traçados objetivos de curto, médio e longo prazo de forma colaborativa entre paciente e terapeuta. Tais objetivos sofreram algumas modificações no decorrer do tratamento. No caso do Diego, dentre os objetivos da terapia estavam: diminuir a frequência dos rituais do TOC; aprender a perceber alterações das emoções ao longo do dia e conseguir falar sobre o TOC com amigos e familiares. Neste contexto, observa-se a presença do componente objetivo no relato citado, visto que paciente e terapeuta traçaram objetivos de forma colaborativa e não impositiva, tornando-se claro para ambos as metas que trabalharão no decorrer das sessões.

Diego, ao longo das sessões de terapia, sempre discutia abertamente com o seu terapeuta sobre o que deveria ser feito em terapia para atingir os objetivos das sessões e fazia sugestões no início de cada sessão para atingir esta finalidade. Além disso, Diego conseguia entender a importância da tarefa terapêutica, sempre tentando cumpri-la conforme o combinado e, em pouquíssimas vezes, deixou de realizá-las. Neste caso, há o aparecimento do componente tarefa, pois paciente e terapeuta entraram em consenso quanto ao que deve ser feito na terapia para atingir os objetivos estipulados.

Ao longo de sua última sessão de terapia Diego fez o seguinte comentário: *“acredito que a terapia foi muito boa para mim, principalmente porque foi com a (nome da terapeuta). Eu participei de outros tipos de terapia e não gostei muito. Não acredito que a terapeuta anterior não era boa, mas às vezes não teve afinidade... Ai deu errado”*. Nesta passagem pode-se observar claramente a ligação afetiva entre o paciente e terapeuta por meio da percepção do próprio paciente, neste caso, nota-se o aparecimento do componente vínculo.

O modelo de aliança terapêutica de Bordin parece ser adequado para a proposta psicoterápica da TCC, dado que esta abordagem teórica é breve, estruturada e orientada para o presente. Nesta forma de psicoterapia, terapeuta e cliente devem ter objetivos claros acerca do que trabalhar ao longo do processo terapêutico, ter uma relação de colaboração na resolução do problema e o terapeuta deve buscar desenvolver uma relação empática com o cliente (BECK, 2022).

## A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A relação terapêutica na TCC ocorre a partir de uma forma específica de aliança de trabalho, denominada de empirismo colaborativo. Segundo Giovazolias (2004), o empirismo colaborativo seria a necessidade dos terapeutas para estabelecer relação de colaboração com seus clientes a fim de ajudá-los a descobrir percepções que não estejam de acordo com a realidade. Assim, o terapeuta teria que propiciar um ambiente com alto grau de autenticidade, afeto, consideração positiva e empatia (WRIGHT et al., 2019). Leahy (2008) aponta que a relação terapêutica na TCC não é algo fixo, mas um processo de interação. Dentre os seus benefícios, ela pode ser uma forma de acesso para outros relacionamentos anteriores ou atuais, proporcionando, assim, uma oportunidade para o terapeuta e paciente terem uma experiência direta de como as relações do passado mantêm o funcionamento atual.

Pesquisas relacionadas ao processo terapêutico nas psicoterapias têm demonstrado ao longo dos anos a importância da relação terapêutica na TCC (CASTONGUAY, et al., 1996; KAZDIN et al., 2005; ORMHAUG, et al., 2014). Ormhaug et al. (2014) examinaram a contribuição da aliança terapêutica para o resultado da terapia com jovens traumatizados em duas condições diferentes de tratamento (terapia cognitivo-comportamental focada no trauma e terapia convencional). Kazdin et al. (2005) examinaram a aliança terapêutica na TCC para crianças que tinham comportamentos clinicamente significativos de oposição, agressividade e anti-social. Castonguay et al. (1996) investigaram a capacidade de previsão de algumas variáveis de processo sobre o resultado da terapia, dentre elas a aliança terapêutica. O estudo foi composto por uma amostra de 30 clientes deprimidos que receberam terapia cognitiva com ou sem medicação.

Em um artigo publicado em 2008, Leahy apresenta alguns fatores que poderiam afetar a relação terapêutica na TCC e sugeriu como eles seriam superados. O primeiro fator estaria relacionado à formulação de caso. Por meio dela o terapeuta pode antecipar os impasses que surgiriam no decorrer da terapia e a díade paciente e terapeuta compreenderia melhor o problema atual e como situações passadas influenciam na manutenção deste problema. Do mesmo modo, a formulação auxiliaria na formação de estratégias para negociar a aliança terapêutica. Um exemplo disso seria um paciente que tem o abandono como questão recorrente em sua vida. Então, o terapeuta poderia antecipar como isto surgiria na relação terapêutica (como nas férias do terapeuta ou em ocasiões em que o próprio terapeuta teria que desmarcar uma sessão por motivos de saúde) e terapeuta e paciente poderiam colaborar para o desenvolvimento de estratégias para compensar qualquer resposta ou interpretação disfuncional que o paciente teria em reação

ao “abandono” (personalizando, catastrofizando, abusando de substâncias ou decidindo interromper o tratamento). Outro fator que o autor cita seria a validação dos sentimentos. A percepção de que o terapeuta não tem empatia e não valida os sentimentos do paciente têm sido frequentemente associados à obtenção de resultados insatisfatórios e a abandonos no tratamento. Porém, as pessoas se diferem em como interpretam a validação. A resistência à validação dos sentimentos pode ocorrer se o paciente compreende a mudança de forma negativa ou possui regras idiossincráticas sobre a validação (por exemplo, o paciente que possui a regra: “a menos que o terapeuta sinta tão mal quanto eu, ele não se importa comigo” tem dificuldade em compreender as expressões empáticas do terapeuta) ou se o paciente utiliza de estratégias problemáticas para obter a validação (por exemplo, aparecimento de demandas repetitivas e de crises recorrentes). Compreender estas dificuldades auxilia a vencer os bloqueios que ocorrem na validação dos sentimentos. Segundo Leahy (2008), as filosofias ou esquemas sobre emoções dolorosas também são fatores que influenciam na relação terapêutica. Terapeutas e pacientes podem ter diferentes “esquemas emocionais”, ou seja, crenças e estratégias sobre como interpretar e responder às emoções (LEAHY, 2007a). Por exemplo, se o paciente acredita que as emoções dolorosas não têm sentido, são vergonhosas, podem tornar-se insuportáveis e persistentes, então, a evitação emocional poderia ser uma estratégia utilizada por ele. Este esquema poderia interferir no resultado de um tratamento eficaz. Se o terapeuta acredita que a expressão emocional é um desperdício de tempo, que a validação interfere na realização de metas importantes, ou que a validação reforça a ruminação, então é provável que o paciente se sinta invalidado e possa optar pelo término do tratamento (LEAHY, 2007b).

A resistência à vítima seria outro fator importante citado por Leahy (2008). Ela consiste na crença do terapeuta de que o paciente está atolado na visão de que ele não é nada além de uma vítima e vê a mudança como uma autocondenação moral. O autor cita o exemplo de um paciente que diz a seguinte frase: “Você está me sugerindo dizer que está tudo bem, que isso não aconteceu... De que lado você está?”. Na verdade, o terapeuta pode cair na emboscada de desafiar a legitimidade do papel da vítima, aumentando ainda mais a crença do paciente de que o terapeuta é “O Outro opressor”. Reconhecer, validar e usar formulação de casos pode ser útil, visto que muitas pessoas que procuram ajuda podem, de fato, ter sido abusadas ou violentadas. Outro fator citado seria a resistência esquemática, que acontece em casos em que o esquema do paciente encontra-se tão arraigado que ele não consegue perceber alternativas. Por exemplo, o paciente com esquemas de abandono pode interpretar a tarefa terapêutica como um sinal de que ele será avaliado quanto aos seus defeitos. A divergência esquemática seria outro fator que influenciaria na relação terapêutica. Ela se refere à condição em que os esquemas do terapeuta sobre a terapia e as relações confirmam os esquemas pessoais negativos

do paciente. Alguns esquemas seriam o de padrões exigentes (esperando curar todos os seus pacientes e exigindo conformidade com sua agenda), abandono (ou seja, receio de que seus pacientes o deixem) ou auto-sacrifício (a disposição de adiar as demandas do paciente até mesmo quando eles conflitam com os direitos ou necessidades do terapeuta). Por exemplo, terapeutas com esquemas de padrões exigentes podem inadvertidamente comunicar aos pacientes de que eles “não estão de acordo com os padrões de ser um bom paciente”. Desta forma, terapeutas necessitam conhecer seus próprios esquemas a fim de auxiliar seus pacientes em suas necessidades mais íntimas. O fator chamado “compromisso com custos irrecuperáveis” é quando o paciente está comprometido com a auto-verificação e auto-justificativa de obrigações, escolhas e comportamentos anteriores. O autor cita o exemplo de um paciente que acredita não poder abandonar um compromisso ineficaz e diz: “Se eu me afastar agora, isso significa que tudo era um desperdício total”. Nestes casos, o terapeuta precisa compreender o que está se passando com o paciente, através da ponderação de custos e benefícios a curto e longo prazo. Confrontar diretamente a resistência do paciente com frases do tipo: “você tem apenas que se preocupar com o seu futuro, foque nisso”, não tem se mostrado eficaz para estes tipos de caso. Por fim, o último fator que interfere na relação terapêutica é denominado de “auto-incapacitação”, ou seja, o paciente tenta evitar descobrir o quão bem ele pode fazer determinada coisa sob o melhor dos contextos e desenvolve desculpas para diminuir as expectativas. Um exemplo disso seria um paciente que estabelece obstáculos anteriores, como ter dormido tarde na noite anterior ao exame e não ter estudado, para assim, concluir que provavelmente não irá bem à prova. Neste caso, o potencial real deste paciente não poderá ser determinado, pois ele evita que qualquer avaliação direta seja realizada. Se ele falhar, é porque ele estava com sono e não estudou. Se ele for bem, então ele é um gênio. Segundo Leahy (2008), ajudar os pacientes a identificarem sua vergonha de falhar pode resultar em uma melhoria gradual dos mesmos.

### A UTILIDADE DA AVALIAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NA TCC

O uso de instrumentos na TCC é atrelado, geralmente, à construção da conceitualização de caso, na qual o terapeuta busca relacionar a história do cliente com seus problemas atuais de modo a desenvolver o seu plano de tratamento. Mas, para além de utilizá-los na busca de informações clínicas que serão agregadas à conceitualização (por exemplo, um escore obtido no *Inventário de Depressão de Beck - BDI*), a aplicação de instrumentos durante o processo terapêutico pode possibilitar a identificação das variáveis relacionadas ao sucesso e/ou fracasso do tratamento (ARAÚJO & SHINOHARA, 2002; PEUKER et al., 2009; YOSHIDA, 1998). Esta seção dará um especial enfoque a este último fator.

Considerando que diversos estudos apontam que a aliança terapêutica está relacionada de forma significativa aos resultados da terapia (FLÜCKIGER et al., 2020; LUBORSKY, 1994; HORVATH & SYDMONDS, 1991; HORVATH et al., 2011; CONNORS et al., 1997; MEIER et al., 2005; NORCROSS & LAMBERT, 2011), cabe ao terapeuta cognitivo-comportamental buscar avaliá-la, de modo a verificar possíveis rupturas e repará-las, fortalecer a aliança e, assim, otimizar os resultados psicoterapêuticos. Dessa forma, é necessário ter conhecimento sobre quais instrumentos estão disponíveis bem como a validade e confiabilidade dos mesmos, especialmente no que tange ao contexto brasileiro.

Atualmente, são encontradas, em nível mundial, as seguintes escalas para avaliação da aliança terapêutica: *Penn Helping Alliance Questionnaire* (Penn), *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scales* (VTAS), *Therapeutic Alliance Rating Scale* (TARS), *Working Alliance Inventory* (WAI), *California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS), *Therapeutic Session Report* (TSR), *Therapeutic Bond Scale* (TBS), *Psychotherapy Status Report* (PSR), *Agnew Relationship Measure* (ARM) e *Kim Alliance Scale* (KAS) (ARDITO & RABELLINO, 2011). Uma avaliação mais ampla sobre as propriedades psicométricas e características desses instrumentos podem ser encontradas na revisão de literatura realizada por Ribeiro et al. (2019). Vale ressaltar que a avaliação da aliança terapêutica pode variar de acordo com a perspectiva do avaliador: ela pode ser mensurada pelo cliente, pelo terapeuta ou por um observador clínico. Nesse último caso, as sessões de terapia são gravadas para, então, serem avaliadas. Estudos apontam que esse método tem sido mais comumente utilizado no treinamento de terapeutas e em pesquisas referentes ao processo psicoterapêutico (HORVATH & SYMONDS, 1991; FENTON et al. 2001; ARDITO & RABELLINO, 2011; VÖHRINGER et al. 2013; BARKHAM et al., 2021).

No Brasil, verifica-se uma escassez de instrumentos voltados para a avaliação da aliança terapêutica. O WAI (HORVATH & GREENBERG; 1989) foi traduzido para o português (Portugal), em suas versões de avaliação pelo cliente e terapeuta, por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu, e até então, era essa versão (de 36 itens) comumente utilizada no Brasil. Serralta et al. (2020) traduziu e avaliou as propriedades psicométricas da versão original e reduzida (12 itens) do WAI-Cliente (WAI-C). A CALPAS (GASTON, 1991; GASTON & MARMAR, 1994) também foi traduzida apenas na versão do paciente (CALPAS-P) e teve sua confiabilidade avaliada por indivíduos em psicoterapia individual, predominantemente de orientação psicanalítica (MARCOLINO & IACOPONI, 2001). O WAI-Terapeuta (WAI-T) não apresenta estudo de avaliação das suas propriedades psicométricas no que diz respeito à pesquisa psicológica no Brasil. Araújo e Lopes (2015) desenvolveram um Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica. Esse inventário se baseia nos pressupostos teóricos propostos pela Judith Beck e é preenchido pelo terapeuta. Uma versão reduzida do WAI, avaliada pela perspectiva

do observador clínico, o Working Alliance Inventory – Short Revised Observer (WAI-SR-O), passou pelo processo de adaptação transcultural e avaliação das propriedades psicométricas pelos autores deste capítulo (RIBEIRO et al., 2021).

Uma das importantes diferenças entre o WAI e a CALPAS diz respeito à fundamentação teórica. O WAI se baseia no conceito pan-teórico elaborado por Bordin (1979), mencionado acima. Logo, ele foi dividido em três fatores: um referente aos objetivos, outro referente às tarefas e um terceiro relacionado ao vínculo. A CALPAS, em contrapartida, foi desenvolvida para medir quatro dimensões da aliança terapêutica identificadas por Gaston (1990): capacidade de trabalho do cliente, comprometimento do cliente, compreensão e envolvimento do terapeuta e, por fim, acordo entre cliente e terapeuta quanto às metas e estratégias. Os itens da CALPAS estão subdivididos em quatro escalas, baseadas nas dimensões supracitadas: *Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente - PC*, *Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente - PWC*, *Escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta - TUI* e *Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia - WSC* (MARCOLINO & IACOPONI, 2001).

O WAI tem sido apontado como um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a aliança terapêutica e sua correlação com os resultados em psicoterapia (ARDITO & RABELLINO, 2011; HANSON, CURRY & BANDALOS, 2002; RIBEIRO et al., 2019). A literatura aponta algumas justificativas para que o WAI tenha se sobressaído em relação aos demais instrumentos, como ter sido desenvolvido em diferentes versões, o que possibilita o instrumento ser preenchido facilmente e rapidamente pelo cliente, terapeuta ou observador clínico (possuindo, inclusive, versões reduzidas) (HATCHER & GILLASPY, 2006); apresentar uma boa fundamentação teórica, baseada no conceito pan-teórico de Bordin (1979) (HORVATH & LUBORSKY, 1993); suas pontuações convergirem com várias outras escalas de aliança terapêutica (TICHENOR & HILL, 1989); e por tratar-se de um instrumento familiar para os pesquisadores de processos psicoterapêuticos (HANSON et al., 2002).

Destaca-se, ademais, que alguns estudos apontam que a aliança terapêutica avaliada sob a perspectiva do cliente tem sido mais associada aos resultados em psicoterapia, se comparada a avaliação do terapeuta. Horvath e Symonds (1991) observaram, a partir de uma metanálise com 24 estudos, que, de modo geral, a qualidade da aliança terapêutica foi mais preditiva de resultados de tratamento quando baseada na avaliação dos clientes. Luborsky (1994) também encontrou que a avaliação da aliança a partir do cliente prediz melhor os resultados da terapia do que a perspectiva do terapeuta, embora esse resultado não seja consensual. Ardito e Rabellino (2011) argumentam que essa diferença pode se dar, pois o terapeuta avalia a aliança terapêutica a partir de uma lente teórica. Isto é, como terapeutas, durante a nossa formação, aprendemos o que constitui uma boa relação terapêutica (nesse momento, por exemplo, estamos compreendendo os



fatores envolvidos em uma aliança terapêutica forte e sua importância durante a terapia). Entretanto, tal visão, em alguns casos, pode enviesar a avaliação do terapeuta (ou seja, o terapeuta pode realizar a avaliação com base no conceito do que seria uma boa aliança e acabar por negligenciar o que ocorre, de fato, nas sessões de terapia) ou até mesmo não condizer com o que o cliente considera uma aliança terapêutica satisfatória.

Dadas as considerações acima, o leitor deve estar se perguntando qual a finalidade de usar os instrumentos citados se, com exceção do WAI-SR-O, os demais ainda não têm suas propriedades psicométricas avaliadas para o Brasil. Pois bem, isso indica, primeiramente, que precisamos avançar no estudo da aliança terapêutica no nosso país, especialmente realizando pesquisas que possibilitem o uso de instrumentos válidos e fidedignos para um melhor esclarecimento sobre o papel da aliança nos resultados na TCC, tópico que será abordado adiante. Em segundo lugar, mesmo não tendo suas propriedades psicométricas avaliadas, esses instrumentos podem ser uma importante fonte de informação para o terapeuta, quanto ao andamento do processo psicoterapêutico.

O WAI, por exemplo, inclui questões que abarcam a visão do terapeuta e do cliente quanto à relação de colaboração no estabelecimento de objetivos, compreensão da utilidade das tarefas que estão sendo desenvolvidas nas sessões e qualidade do vínculo (relação de respeito, apreciação e aceitação incondicional). Em princípio, podemos não ter garantias quanto a validade e fidedignidade dos itens desse instrumento para que se gere um escore que indicará se a aliança terapêutica foi satisfatória ou não. Porém, se o cliente, por exemplo, avalia que raramente ele e o terapeuta estão de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer para ajudá-lo a melhorar sua situação, então temos um indício de que algo pode não estar ocorrendo bem durante as sessões. São dados, em boa parte, qualitativos que irão direcionar de forma significativa como o terapeuta poderá fortalecer a aliança terapêutica e considerar pontos importantes do tratamento que, para o cliente, estão sendo desprezados.

O próprio instrumento pode ser um meio de troca entre cliente e terapeuta. Na TCC, tanto o terapeuta quanto o cliente têm um papel ativo no processo de terapia. Aqui, a relação terapêutica incluirá aspectos gerais que toda abordagem terapêutica deve possuir, como os já citados, autenticidade, afeto, consideração positiva e empatia, que irão constituir o empirismo colaborativo (WRIGHT et al., 2019). Ao abordar o empirismo colaborativo, deve-se trazer para discussão nas sessões tanto as questões cognitivas e comportamentais, quanto aspectos referentes à própria relação terapêutica. Destarte, o instrumento de aliança terapêutica pode ser um meio de feedback da terapia, cujo os resultados devem ser discutidos em conjunto com o cliente, principalmente se as respostas do terapeuta e do paciente foram incongruentes. Cabe lembrar que na TCC a construção do caso

é considerada uma hipótese. Portanto, não é diferente quando estamos falando de um elemento crucial na terapia, como a aliança terapêutica. Buscar com o paciente, de forma colaborativa, o que não está satisfatório no tocante à aliança é um meio de fortalecer a relação terapeuta-cliente e promover melhores resultados psicoterapêuticos. É uma forma, inclusive, de validar a opinião do cliente e fazê-lo participar do seu tratamento, além de favorecer o crescimento profissional e a sensibilização do terapeuta. Enfim, todos têm a ganhar com essa prática!

Outra dúvida que pode surgir ao se propor avaliar a aliança terapêutica é quando fazê-la. Afinal, avalia-se a aliança em qual fase do tratamento? É necessário reavaliá-la? Infelizmente, ainda não há uma resposta objetiva para essas questões. A falta de consenso quanto ao momento mais adequado de se avaliar a aliança terapêutica é compreensível, haja vista que ela apresenta diferentes níveis e até mesmo rupturas e reparos durante o tratamento (SAFRAN & SEGAL, 1990). No que diz respeito aos estudos na área, há resultados apontando que a avaliação da aliança por meio de questionários aplicados na terceira ou quarta sessão está associada de forma satisfatória às predições de resultados (GARFIELD, 1995; HORVARTH, 1994; LUBORSKY, 1994). Para Horvath (1994), a avaliação da aliança terapêutica no início da terapia prediz o abandono da terapia pelos clientes. Portanto, recomenda-se que a primeira avaliação da aliança terapêutica seja realizada entre a terceira e quarta sessão, momento em que se entende que possivelmente há uma aliança estabelecida, e que sejam realizadas avaliações posteriores, dada a natureza dinâmica da aliança.

As pesquisas atuais têm visado avaliar os elementos do processo psicoterapêutico que explicam por que a terapia foi efetiva ou não (KAZDIN & NOCK, 2003; LONGABAUGH & MAGILL, 2012; MAGILL & LONGABAUGH, 2013). Ou seja, há uma tendência em verificar não só se um determinado tratamento funcionou (como nos estudos de efetividade e eficácia), como também quais variáveis estavam envolvidas nesse processo e nesses resultados. A aliança terapêutica se inclui dentre esses fatores (CUIJPERS et al., 2019; GILBERT & LEAHY, 2007). Essa modalidade de estudo cumpre um papel fundamental que é promover uma aproximação entre pesquisa e clínica, possibilitando uma prática baseada em evidências (APA, 2006). Entretanto, os estudos na área ainda são incipientes e, como vimos, algumas questões permanecem sem respostas.

Isto posto, cabe alertar o terapeuta cognitivo-comportamental para o fato de que o uso de um instrumento na prática clínica precisa ser acompanhado de outras técnicas, como entrevistas, observações do comportamento no contexto da sessão e do compartilhamento dos resultados obtidos nos instrumentos com o cliente, minimizando possíveis problemas, como: o cliente responder de forma a atender às expectativas do terapeuta, tornar a interação entre terapeuta-cliente mecânica e prejudicar o vínculo, limitar o planejamento da intervenção, entre

outros (WIELEWICKI, GALLO & GROSSI, 2011; EVANS, 2002; GILDRON, 2002). Acrescenta-se que é responsabilidade do terapeuta buscar sempre embasar sua prática na literatura, acompanhando os estudos da área e os relacionando com o seu contexto clínico e com as características individuais de seu cliente.

Em suma, o uso de instrumentos para avaliação da aliança terapêutica na TCC permite uma escolha mais adequada quanto à conduta do terapeuta, auxiliando também na formulação do plano de tratamento. Discutir com o paciente a respeito de suas respostas no instrumento fortalece o vínculo e uma relação de colaboração e confiança entre terapeuta e cliente, possibilitando que ambos tenham conhecimento sobre o progresso do tratamento. Ficará ainda mais claro para o leitor a importância da avaliação da aliança durante o processo psicoterapêutico quando abordarmos os recentes estudos dos efeitos da aliança terapêutica na TCC, no tópico a seguir.

## MODELOS DE FORTALECIMENTO, RUPTURAS E REPAROS DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NA TCC

Uma aliança terapêutica forte é importante na TCC por várias razões, como foi visto até agora: ela cria um ambiente terapêutico propício para a aplicação das técnicas estipuladas no plano de tratamento (é possível considerar, nesse caso, sua relação com a adesão); ela pode ser utilizada de forma direta ou indireta como meio de promover a aprendizagem terapêutica, por exemplo mostrar ao cliente, de modo empático, que o terapeuta não irá deixar de trabalhar com ele, caso ele diga ou faça algo que o terapeuta desaprova; que os objetivos e as tarefas da terapia serão sempre definidos a partir de um acordo entre eles (CASTONGUAY et al., 2010); e como veremos adiante, ela está relacionada aos resultados psicoterapêuticos. Também foi ressaltado que a aliança terapêutica é um ingrediente dinâmico da terapia: ora se estabelece de maneira forte, ora está sujeita a rupturas.

Sabe-se que uma aliança terapêutica forte é constituída por uma relação de acordo entre terapeuta e cliente quanto aos objetivos e tarefas da terapia, além da formação de um vínculo. Mas o que configura uma ruptura da aliança terapêutica? Segundo Safran e Muran (2006), a ruptura da aliança terapêutica é definida como episódios de tensão ou quebra na relação colaborativa entre cliente e terapeuta. Ela pode variar desde tensões relativamente menores, as quais o terapeuta e/ou cliente podem estar cientes, até grandes colapsos de compreensão, colaboração ou comunicação (SAFRAN et al., 2011). A ruptura pode se manifestar de diferentes formas e intensidades e acontece em pelo menos 91% das sessões (MURAN, 2019).

As rupturas da aliança podem ser categorizadas em dois subtipos: rupturas de retirada ou rupturas de confrontação (MURAN & BARBER, 2010). As rupturas de confrontação são mais evidentes, tendo em vista que são marcadas por raiva

e insatisfação. As rupturas de retirada, por sua vez, são mais sutis, marcadas por silêncios, respostas curtas e superficiais, evitação de alguns tópicos na sessão (EUBANKS et al., 2019; EUBANKS et al., 2018). As rupturas podem ser identificadas por meio da aplicação dos instrumentos mencionados anteriormente e/ou mediante a observação de alguns aspectos nas sessões: o cliente demonstra falta de confiança no trabalho do terapeuta, falta às sessões regularmente, há ausência de resposta ao tratamento, o cliente discorda completamente do terapeuta etc. O fato é que a ruptura é inerente ao tratamento (isto é, espera-se que ocorra em algum momento da terapia) e sua resolução é um mecanismo fundamental de mudança psicológica. Salienta-se, além disso, que ela é proveniente de uma relação bidirecional: terapeuta e cliente são responsáveis por ela (SAMSTAG et al., 2004).

Samstag et al. (2004) descrevem dois componentes primários da ruptura da aliança: os eventos em que ocorrem desentendimentos entre terapeuta e cliente e alguns marcadores do cliente que podem indicar rupturas. O primeiro diz respeito às expectativas que o cliente tem em relação ao terapeuta. Há um desentendimento quando o terapeuta deixa de prover algo que o cliente necessita ou quando faz algo desnecessário na sessão. Também é comum nesses casos que o cliente expresse sentimentos e comportamentos sobre o terapeuta que, na verdade, traduzem experiências fora da sessão. Por exemplo, o cliente fica irritado com o fato de o terapeuta não ter avisado que iria atrasar alguns minutos para a sessão e o acusa de não ter consideração por ele, da mesma forma como seus amigos. Esse “pequeno” evento traz diversas informações. Em termos da relação terapêutica, o terapeuta precisa investigar de que forma ele pode ter contribuído para o desencadeamento dessas emoções. Tentar compreender a insatisfação do cliente e a relação desse evento com o seu histórico (por exemplo, este cliente pode ter importantes crenças sobre suas amizades) é fundamental para o reparo da aliança e, claro, para o progresso do processo terapêutico. O segundo componente inclui marcadores do cliente que podem sinalizar rupturas na aliança. Eles são divididos em comportamento ou aparência (ex.: afastar o corpo), forma de narrativa (ex.: relutar em responder) e conteúdo da narrativa (ex.: falar sobre outras pessoas, fugir ao tema). Uma lista completa com os indicadores de ruptura pode ser encontrada em Samstag et al. (2004).

Para ilustrar um evento de ruptura e reparo da aliança terapêutica, será apresentado o caso de Augusto, 39 anos, que recorreu a TCC breve para tratar seu uso de álcool. O objetivo de Augusto na terapia é reduzir o seu consumo de álcool, uma vez que ele tem apresentado indisposição para trabalhar, problemas na relação com esposa e filhos, problemas financeiros, sentimento de tristeza, ressacas frequentes e possui histórico de alcoolismo na família.

O tema de uma das sessões de Augusto era trabalhar a prevenção de recaída e prepará-lo para situações em que a recaída pudesse acontecer. Durante essa

sessão, o cliente fez várias considerações sobre os benefícios que ele tem percebido em relação à terapia e em como ela o ajudou a reestruturar alguns pensamentos e crenças a respeito do álcool, além de problematizar toda a cultura que incentiva o consumo de álcool. Em um dado momento, a terapeuta fez um resumo das questões que o paciente abordou e colocou um novo tópico em discussão, que seriam as possíveis dificuldades que o cliente poderia apresentar ao passar por situações de risco para recaída. O cliente referiu que poderia estar parecendo que ele estava fugindo um pouco do foco da sessão e que a terapeuta poderia se sentir à vontade para guiá-lo de volta ao assunto e interrompê-lo, porque ele estava muito empolgado. A terapeuta, então, explicou que inseriu esse novo tópico, pois gostaria de prepará-lo para as situações de risco, mas que a discussão que ele havia relatado era importante. Assim, a terapeuta propôs que eles separassem uma das próximas sessões para discutir sobre as questões envolvidas na dependência, inclusive esse fator cultural. O cliente aceitou e reforçou que esses questionamentos o ajudam nas situações de risco. Dessa forma, a terapeuta buscou dar mais importância a esse tema, o relacionando com o objetivo da sessão.

No caso descrito, houve um mal-entendido entre cliente e terapeuta, principalmente com relação ao objetivo da sessão. Embora a terapeuta tenha feito um resumo sobre o relato do cliente, tentando mostrar que ela estava o compreendendo, não ficou claro para o cliente que a inserção desse novo tópico não foi no intuito de apontar que ele estava fugindo ao assunto, mas sim dar seguimento a um ponto importante da sessão. Vale ressaltar que Augusto tinha algumas crenças quanto à forma em que ele é visto pelos outros e isso pode ter sido uma preocupação quando ele tentou explicar para a terapeuta porque estava abordando o assunto. Para lidar com esse desentendimento, a terapeuta buscou retomar o raciocínio terapêutico, fato verificado quando ela tenta explicar o motivo pelo qual ela inseriu esse novo tópico. Outra atitude importante para reparar essa ruptura foi mudar ou adaptar os objetivos da sessão. Primeiramente, a terapeuta propôs que ela e o cliente separassem uma das próximas sessões para discutir os fatores culturais envolvidos na dependência. Ao perceber que este tópico era importante para o cliente, ela buscou relacioná-lo com o tema da sessão, o que tornou o trabalho mais colaborativo.

Os autores Safran et al. (2011) listam outras possíveis intervenções que podem ser utilizadas em caso de ruptura:

- Esclarecer o desentendimento em um nível superficial: o terapeuta percebe que o cliente está retraído e aborda esse fato na sessão. O cliente relata que se sentiu julgado pelo terapeuta e este último responde de forma não-defensiva, reconhecendo os sentimentos do paciente;

- Explorar temas associados à ruptura: um cliente que não faz as tarefas da terapia ou frequentemente discorda do terapeuta quanto aos objetivos da mesma, pode ter questões com relação a se sentir controlado por outros;
- Relacionar a ruptura da aliança com padrões comuns na vida do paciente: explorar situações em que o cliente expressa na terapia comportamentos observados no seu cotidiano. Por exemplo, se o cliente mantém uma postura passiva na terapia, sempre aceitando as metas propostas pelo terapeuta sem discuti-las, isso pode indicar um indivíduo que é passivo em suas demais relações;
- Propor uma nova experiência de relação: esta intervenção pode ser importante quando o cliente tem dificuldade de abordar a relação terapêutica no aqui e agora. Neste caso, o terapeuta elabora uma hipótese sobre a questão da relação, sem dizer claramente que se refere a esta.

## OS EFEITOS DA ALIANÇA TERAPÊUTICA NOS RESULTADOS EM TCC: EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

Há uma crença de que a relação terapêutica não é um ponto importante na TCC e que esta dá maior ênfase a sistematização de técnicas, o que faz com que ela seja vista de forma mecânica e pouco acolhedora. Como vimos anteriormente, não é bem assim. Um bom terapeuta cognitivo-comportamental valoriza a relação com o cliente. Essa relação não é abordada da mesma forma que nas teorias psicodinâmicas, em que a relação terapêutica é considerada o mecanismo principal para a mudança. Ela é promovida de forma colaborativa, simples e voltada para a ação por intermédio do empirismo colaborativo (BECK, 2022; WRIGHT et al., 2019; RAUE & GOLDFRIED, 1994). Nesse sentido, Goldfried e Davidson (1976) afirmam:

“Qualquer terapeuta comportamental que defende que os princípios de aprendizagem e influência social são tudo o que se precisa saber para provocar a mudança de comportamento está fora do contato com a realidade clínica. Vemos terapeutas capazes de conceitualizar problemas em linhas comportamentais e adeptos à implementação de várias técnicas da terapia comportamental, mas que acabam tendo poucas oportunidades de demonstrar sua eficácia; muitas vezes, eles têm dificuldade em manter seus clientes em terapia e muito menos conseguem levá-los a seguir tarefas comportamentais” (GOLDFRIED & DAVIDSON, 1976, p. 55).

Goldfried e Davidson (1976) vão além, referindo que o terapeuta comportamental habilidoso interage de forma acolhedora e empática com seu cliente. Os autores Raue e Goldfried (1994) relatam que a relação terapêutica é de suma importância na TCC, sendo improvável que intervenções cognitivo-comportamentais sejam bem sucedidas sem que seja estabelecida uma boa aliança terapêutica. Castonguay et al. (2010) chamam a atenção para o fato de que a aliança tem sido apontada como um ingrediente facilitador da adesão a algumas técnicas, mas não como um mecanismo de mudança por si só. Assim, a aliança terapêutica seria na psicoterapia como uma anestesia em uma cirurgia. Isto é, da mesma forma que a anestesia é fundamental no preparo cirúrgico, embora não seja o tratamento em si, é necessário que uma boa aliança terapêutica seja estabelecida para que o cliente compreenda e venha a aderir ao plano de tratamento psicoterapêutico (RAUE & GOLDFRIED, 1994). Mas, afinal, qual é o papel da aliança terapêutica na TCC?

Atualmente, tem se buscado cada vez mais investigar quais os fatores envolvidos nos resultados psicoterapêuticos. Esses fatores se configuram como todo o contexto do tratamento, especialmente os comportamentos do terapeuta e elementos do tratamento, empiricamente identificados, que afetam positivamente os mecanismos de mudança do paciente ou uma alteração global do comportamento disfuncional. Os ingredientes ativos do tratamento diferem dos mecanismos de mudança do cliente, haja vista que estes se caracterizam por comportamentos e processos que ocorrem exclusivamente no cliente, durante ou fora do tratamento, podendo produzir efeitos sobre subsequentes alterações no comportamento problemático (LONGABAUGH & MAGILL, 2012). A aliança terapêutica tem configurado uma importante parte desses estudos e serão discutidos, a seguir, alguns resultados do seu efeito na TCC.

Uma metanálise realizada por Martin et al. (2000), englobando 79 estudos de diversas abordagens psicoterapêuticas, entre elas a TCC, constatou que a aliança terapêutica está moderadamente relacionada com os resultados. Esse estudo indicou uma correlação global entre aliança e resultado, representante de uma única população de efeitos, que não pode ser reduzida por uma variável moderadora de um modelo mais explicativo da relação entre aliança e resultado. Nos estudos de TCC para uso de substâncias, verificou-se que uma aliança terapêutica forte pode prever melhores resultados e adesão ao tratamento (CONNORS et al., 1997; MEIER et al., 2005).

Ensaio clínico têm buscado investigar a associação entre aliança terapêutica e resultados nas TCC. Ball (2007) realizou um estudo a fim de comparar a Terapia do Esquema com Duplo Foco - TEDF (Dual Focus Schema Therapy - DFST) com a Terapia de Facilitação dos 12 Passos - TF-12 (12 Step Facilitation Therapy - 12-FT) em pacientes usuários de opióides e com diagnóstico

de transtorno de personalidade. O autor encontrou que os pacientes tiveram uma redução mais rápida na frequência de uso de substâncias na TEDF, sendo verificada uma aliança terapêutica mais forte neste grupo. No estudo de Kan et al. (2014) observou-se que o fortalecimento da aliança terapêutica se relacionou significativamente à diminuição da frequência do consumo de bebidas alcoólicas na TCC, TF-12 e Entrevista Motivacional - EM. Outro ensaio clínico indicou que a avaliação da aliança pelo terapeuta no tratamento baseado em TCC previu de forma significativa menos dias de uso de maconha (GIBBONS et al., 2010).

A partir de dados do maior estudo multicêntrico americano sobre tratamento para alcoolismo intitulado Projeto Match - *Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity*, os autores Ilgen et al. (2006) concluíram que os pacientes que perceberam uma aliança mais forte tiveram melhores resultados com relação ao consumo de álcool em seis meses de *follow up*. Não foi encontrado nenhum efeito significativo da interação entre motivação e aliança na perspectiva do paciente. A avaliação da aliança terapêutica sob a perspectiva do terapeuta indicou que maior motivação e percepção mais positiva da aliança previram, independentemente, menor uso de álcool no *follow up*. Houve uma interação significativa entre motivação e avaliações dos terapeutas da aliança no *follow up*. Os efeitos da aliança terapêutica foram mais fortes para os pacientes com baixa motivação, com relação à previsão de beber em seis meses e um ano de *follow up*.

Estudos abordando tratamentos, também de base cognitivo-comportamental, para outros transtornos têm encontrado resultados semelhantes aos relatados acima. Arnow et al. (2013), em uma pesquisa voltada para pacientes com depressão crônica, concluiu que uma aliança terapêutica mais positiva (medida pelo paciente) foi associada a escores mais baixos de sintomas nas duas modalidades de tratamento oferecidas: Sistema de Análise Cognitivo-Comportamental de Psicoterapia - SACCP (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy - CBASP*) e Psicoterapia Breve de Suporte - PBS (*Brief Supportive Psychotherapy - BSP*). A qualidade de aliança foi mais fortemente associada aos escores de sintomas entre aqueles no grupo de tratamento SACCP. Também a partir da medida da aliança terapêutica pelo paciente, Wheaton et al. (2016) observaram que uma melhor avaliação do acordo em relação às tarefas da terapia estava relacionado à melhor adesão em exposição e prevenção de respostas - um tratamento cognitivo-comportamental - na terapia para transtorno obsessivo-compulsivo.

Os mencionados resultados demonstram que há um investimento crescente em estudar de que forma a aliança terapêutica afeta os resultados em TCC, contrariando a ideia de que a TCC desvaloriza os aspectos referentes à relação terapêutica. Eles apontam, de modo geral, que a relação entre aliança e resultados em TCC existe e precisa ser considerada tanto pelos pesquisadores da área quanto pelos terapeutas cognitivo-comportamentais. Compreender que a aliança pode



estar relacionada não só aos resultados psicoterapêuticos em si, mas a outras variáveis como adesão e motivação no tratamento, reforça ainda mais a importância desse ingrediente. Portanto, reconhecer que a aliança terapêutica pode auxiliar na promoção de uma intervenção adequada para diferentes transtornos em TCC é de suma importância, uma vez que é ela que permite ao paciente aceitar, seguir e acreditar no tratamento (BORDIN, 1979).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Equivocadamente, a aliança terapêutica é considerada por vezes como um componente menos importante nas terapias cognitivo-comportamentais. Porém, na verdade, nas últimas décadas há uma forte tendência em se estudar os elementos contidos no processo psicoterapêutico cognitivo-comportamental, e o quanto eles interferem nos resultados do tratamento de diferentes problemas psicológicos. Estudos mostram que a aliança terapêutica é um elemento fundamental para que a psicoterapia caminhe adequadamente. Embora a aliança na TCC não seja por si só uma ferramenta que promova a mudança, sem ela todos os outros elementos descritos por Bordin (1979), como objetivos, tarefas e vínculo, são diretamente prejudicados, levando ao abandono do tratamento ou a resultados insatisfatórios. Cabe considerar que assim como ocorre com os pacientes, o próprio terapeuta pode repetir na relação com o paciente seus próprios padrões de relacionamento. Portanto, torna-se fundamental que terapeutas cognitivo-comportamentais em formação sejam estimulados e adequadamente treinados para desenvolverem fortes alianças com seus pacientes.

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. APA. Evidence-based practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), p. 271-285, 2006.
- ARAÚJO, C.F.; SHINOHARA, H. Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental. *Interação em Psicologia*, 6(1), p. 37-43, 2002.
- ARAÚJO, M.L.; LOPES, R.F.F. Desenvolvimento de um inventário cognitivo-comportamental para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 11, n. 2, p. 86-95, 2015.
- ARDITO, R.B., RABELLINO, D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology* - Psychology for Clinical Settings, 2, p. 1-11, 2011.
- ARNOW, B.A., KLEIN, S.N., ROTHBAUM, B.O., FISHER, A.J., CONSTANTINO, M.J., MARKOWITZ, J.C.,..., KOCSIS, J.H. The relationship between the therapeutic al-

liance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(4), p. 627-638, 2013.

BALL, S.A. Comparing individual therapies for personality disordered opioid dependent patients. *Journal of Personality Disorders*, 21(3), p. 305-321, 2007.

BARKHAM, M.; LUTZ, W.; CASTONGUAY, L.G. (Ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. John Wiley & Sons, 2021.

BECK, J.S. *Terapia cognitiva-comportamental: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BORDIN, E.S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), p. 252-260, 1979.

CASTONGUAY, L.G.; CONSTANTINO, M.J.; MCALEAVEY, A.A.; GOLDFRIED, M.R. The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. In: J.C. Muran & J.P. Barber (Eds.). *The therapeutic alliance: an evidence-based guide to practice*. New York/London: The Guilford Press, p. 150-171, 2010.

CONNORS, G.J.; CARROLL, K.M.; DICLEMENTE, C.C.; LONGABAUGH, R.; DONOVAN, D.M. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), p. 588-598, 1997.

CUIJPERS, P.; REIJNDERS, M.; HUIBERS, M.J.H. The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, v. 15, n. 1, p. 207-231, 2019.

EUBANKS, C. F.; LUBITZ, J.; MURAN, J. C.; SAFRAN, J. D. Rupture resolution rating system (3RS): Development and validation. *Psychotherapy Research*, 29(3), 306-319, 2019.

EUBANKS, C. F.; MURAN, J. C.; SAFRAN, J. D. Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 508, 2018.

EVANS, I.M. Clinical Psychology in early 21st century Aotearoa/New Zealand: introduction to the special issue. *New Zealand Journal of Psychology*, 31(2), p. 50-52, 2002.

FENTON, L.R.; CECERO, J.J.; NICH, C.; FRANKFORTER, T.L.; CARROLL, K.M. Perspective is everything: The predictive validity of six working alliance instruments. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10(4), p. 262-268, 2001.

FLÜCKIGER, C.; DEL RE A.C.; SOLOMONOV, N.; HORVATH, A.O; WAMPOLD, B.E. Assessing the alliance-outcome association adjusted for patient character-

ristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *Journal of Counseling Psychology*, v. 67, n. 6, p. 706, 2020.

GARFIELD, S. L. The Therapy Client-Patient. In: S.L. Garfield (Eds.), *Psychotherapy: An eclectic and integrative approach*. New York: Wiley & Sons, p. 39-65, 1995.

GASTON, L. Reliability and criterion-related validity of the California Psychotherapy Alliance Scales - Patient version. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), p. 68-74, 1991.

\_\_\_\_\_. The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27(2), p. 143-153, 1990.

\_\_\_\_\_; MARMAR, C. R. The California psychotherapy alliance scales. In: A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.). *The Working Alliance: Theory, Research and Practice*. New York: John Wiley and Sons, p. 85-108, 1994.

GIBBONS, C.J.; NICH, C.; STEINBERG, K.; ROFFMAN, R.A.; CORVINO, J.; BABOR, T.F.; CARROLL, K.M. Treatment process, alliance and outcome in brief versus extend treatments for marijuana dependence. *Addiction*, 105(10), p. 1799-1808, 2010.

GILBERT, P.; LEAHY, R.L. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Londres/Nova York: Routledge, 2007.

GILDON, Y. Evidence-based health Psychology: rationale and support. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), p. 3-10, 2002.

GOLDFRIED, M. R.; DAVISON, G. C. *Clinical behavior therapy*. New York: Holt Rinehart and Winston, 1976.

HANSON, W.E.; CURRY, K.T.; BANDALOS, D.L. Reliability generalization of Working Alliance Inventory scale scores. *Educational and Psychological Measurement*, 62(4), p. 659-673, 2002.

HATCHER, R. L.; GILLASPY, J. A. Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), p. 12-25, 2006.

HORVATH, A. O. Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In: A. O. Horvath, & L. Greenberg (Eds.). *The working alliance: Theory, research, and practice*. Nova York: John Wiley & Sons, p. 85-108, 1994.

\_\_\_\_\_; FLÜCKIGER, C.; DEL RE, A.C.; SYMONDS, D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), p. 9-16, 2011.

\_\_\_\_\_ ; GREENBERG, L.S. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), p. 223-233, 1989.

\_\_\_\_\_ ; LUBORSKY, L. The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), p. 561-573, 1993.

\_\_\_\_\_ ; SYMONDS, B. D. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), p. 139-149, 1991.

ILGEN, M.A.; MCKELLAR, J.; MOOS, R.; FINNEY, J.W. Therapeutic alliance and the relationship between motivation and treatment outcomes in patients with alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31(2), p. 157-162, 2006.

KAN, L.Y.; HENDERSON, C.E.; STERNBERG, K.V.; WANG, W. Does change in alliance impact alcohol treatments outcomes?. *Substance Abuse*, 35(1), p. 37-44, 2014.

KAZDIN, A.E.; NOCK, M.K. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), p. 1116-1129, 2003.

LONGABAUGH, R.; MAGILL, M. Recent advances in behavioral addiction treatments: focusing on mechanisms of change. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), p. 382-389, 2012.

LUBORSKY, L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In: A. O. Horvath., & L.S. Greenberg (Eds.). *The Working Alliance - Theory, Research, and Practice*. Nova York: John Wiley & Sons, p. 38-50, 1994.

MAGILL, M.; LONGABAUGH, R. Efficacy combined with specified ingredients: a new direction for empirically-supported addiction treatment. *Addiction*, 108(5), p. 874-881, 2013.

MARCOLINO, J. A. M.; IACOPONI, E. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), p. 88-9, 2001.

MARTIN, D.J.; GARSKE, J.P.; DAVIS, M.C. Relation of therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), p. 438-450, 2000.

MEIER, P.S.; BARROWCLOUGH, C.; DONMALL, M.C. The role of therapeutic alliance in treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100, p. 304-216, 2005.

MURAN, J. C. Confessions of a New York rupture researcher: An insider's guide and critique. *Psychotherapy Research*, 29(1), 1-14, 2019.

MURAN, J. C.; Barber, J. P. *The therapeutic alliance*: An evidence-based guide to practice. Guilford Press, 2010.

NORCROSS, J.C.; LAMBERT, M.J. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), p. 4-8, 2011.

PEUKER, A.C.; HABIGZANG, L.F.; KOLLER, S.H.; ARAÚJO, L.B. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, 14(3), p. 439-445, 2009.

PHILIPS, B.; FALKENSTRÖM, F.. What research evidence is valid for psychotherapy research?. *Frontiers in Psychiatry*, v. 11, p. 625380, 2021.

RAUE, P. J.; GOLDFRIED, M. R. The Therapeutic Alliance in Cognitive-behavior Therapy. In: A.O. Horvath, & L. Greenberg (Orgs.). *The Working Alliance*: Theory, Research, and Practice. Nova York: John Wiley e Sons, p. 131-152, 1994.

RIBEIRO, N.R.; COLUGNATI, F.B.; KAZANTZIS, N.; SARTES, L.M.A. Observing the Working Alliance in Videoconferencing Psychotherapy for Alcohol Addiction: Reliability and Validity of the Working Alliance Inventory Short Revised Observer. *Frontiers in Psychology*, p. 3517, 2021.

RIBEIRO, N.R.; TORRES, A.F.; PEDROSA, C.A.; SILVEIRA, J.D.F.; SARTES, L.M.A. Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura. *Contextos Clínicos*, v. 12, n. 1, p. 303-341, 2019.

SAFRAN, J.D.; MURAN, J.C. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), p. 286-291, 2006.

\_\_\_\_\_ ; EUBANKS-CARTER, C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), p. 80-87, 2011.

\_\_\_\_\_ ; SEGAL, Z.V. *Interpersonal process in cognitive therapy*. Nova York: Basic Books, 1990.

SAMSTAG, L.W.; MURAN, J.C.; SAFRAN, J.D. Defining and identifying alliance ruptures. In: D. Charman (Ed.). *Core concepts in brief dynamic psychotherapy*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, p. 187-214, 2004.

SERRALTA, F.B.; BENETTI, S.P.C.; LASKOSKI, P.B.; ABD, D.. The Brazilian-adapted Working Alliance Inventory: preliminary report on the psychometric proper-

ties of the original and short revised versions. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, v. 42, p. 256-261, 2020.

TICHENOR, V.; HILL, C.L. A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(2), p. 195-199, 1989.

VÖHRINGER, C.C.; PÉREZ, J.C.; MARTÍNEZ, C.; ALTIMIR, C.; DAGNINO, P.; SUÁREZ, N.; KRAUSE, M. “Working Alliance Inventory” versión observacional: traducción, adaptación y validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, 31(3), p. 301-311, 2013.

WHEATON, M.G.; HUPPERT, J.D.; FOA, E.B.; SIMPSON, H.B. How important is the therapeutic alliance in treating obsessive-compulsive disorder with exposure and response prevention? An empirical report. *Clinical Neuropsychiatry*, 13(6), p. 88-93, 2016.

WIELIWICKI, A.; GALLO, A.E.; GROSSI, R. Instrumentos na prática clínica: CBCL como facilitador da análise funcional do planejamento da intervenção. *Temas em Psicologia*, 19(2), p. 513-523, 2011.

WRIGHT, J.H.; BROWN, G.K.; THASE, M.E.; BASCO, M.R. Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2019.

YOSHIDA, E.M.P. Avaliação de mudança em processos psicoterapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*, 2(2), 1998.

# FATORES TRANSDIAGNÓSTICOS EM SAÚDE: REGULAÇÃO EMOCIONAL

*Prisla Ücker Calvetti  
Vanessa Dordron de Pinho  
Juliana Furtado D'Augustin*

## RESUMO

O capítulo tratará sobre os seguintes tópicos:

- Fatores Transdiagnósticos – fatores comuns a distintos quadros clínicos e que podem ser foco de intervenção para o manejo de diferentes categorias diagnósticas.
- Regulação Emocional – refere-se ao manejo funcional das emoções. Por exemplo: contato com a experiência interna, percepção das emoções como sendo controláveis e toleráveis, e uso de estratégias adaptativas para a modulação da intensidade emocional.
- Transtornos Alimentares – são transtornos mentais caracterizados por uma alteração persistente no comportamento alimentar, resultando em problemas para a saúde física e mental. Os principais tipos são: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa e Transtorno da Compulsão Alimentar.
- Dermatite Atópica - doença crônica de pele muito comum e com início na infância. Os seus principais sintomas são prurido, inflamação, lesões crostosas e coceira. O tratamento requer medidas de cuidados constantes com a pele, impactando a qualidade de vida da criança quanto a restrições alimentares e de atividades sociais, alterações na rotina da família e problemas de sono.

## INTRODUÇÃO

Neste capítulo apresenta-se a perspectiva transdiagnóstica em Saúde, dando ênfase à regulação emocional como elemento comum a ser trabalhado em distintos quadros diagnósticos. As emoções, quando não reguladas, podem afetar a saúde física e mental dos indivíduos de diferentes maneiras: desencadeando doenças para as quais já havia uma predisposição, ativando episódios agudos de uma doença crônica, agravando quadros clínicos presentes e dificultando a adesão ao tratamento prescrito. A dificuldade para regular a própria experiência emocional pode ser um evento que antecede o aparecimento e a recorrência de determinados quadros clínicos, bem como pode ser uma consequência de ter uma condição clínica com a qual terá que conviver ao longo de sua vida (CARVALHO et al., 2019).

Desse modo, promover a regulação emocional é uma meta do psicólogo que almeja a prevenção de quadros clínicos, o controle sobre as condições crônicas de saúde e a adesão dos pacientes ao plano de tratamento proposto pelos profissionais de saúde. As abordagens da terceira geração da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) têm trazido grandes contribuições (MELO, 2019), fornecendo ferramentas para que o psicólogo da saúde auxilie os clientes a regularem suas experiências emocionais e tenham aumento na qualidade de vida.

## A PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA EM SAÚDE MENTAL

A perspectiva transdiagnóstica em Saúde Mental revela fatores, mecanismos ou processos compartilhados por várias perturbações clínicas, a partir de um foco sobre as semelhanças entre os diferentes diagnósticos. Assim, diferencia-se de uma perspectiva específica para cada categoria nosológica e procura desenvolver modelos de intervenção focados nos processos comuns (CAETANO, 2019). Os fatores transdiagnósticos podem ser de predisposição, de precipitação ou de manutenção de síndromes clínicas (SILVA, 2016).

A classificação dos transtornos mentais centrada em fatores e processos específicos a cada categoria diagnóstica começou a expandir-se com a terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM 5) e a cada nova edição aumentou substancialmente o número de entidades nosológicas (SILVA, 2016). Isso foi de grande relevância para a área da Saúde Mental, pois possibilitou uma maior compreensão de cada diagnóstico (causas, curso, prognóstico e populações de risco) e uma melhor capacidade de intervenção sobre seus aspectos específicos.

Por outro lado, o aumento no número de categorias diagnósticas elevou consideravelmente a ocorrência de comorbidades, de modo que é raro encontrar um paciente que apresente apenas um transtorno mental. A comorbidade apresenta-se



mais como norma que como exceção (SANDÍN et al., 2012). Com a elaboração de diferentes protocolos de intervenção validados para cada transtorno emocional, também é necessário mais tempo de formação e treinamento para conhecer os diferentes protocolos e conseguir integrá-los na prática clínica (PAYNE et al., 2016).

A proposta de identificação de fatores comuns aos diferentes distúrbios mentais está emergindo como nova tendência na atualidade (CAETANO, 2019), o que pode ser constatado na atual edição do DSM (APA, 2014). O DSM 5 apresenta uma nova proposta de classificação dos transtornos mentais: ele mantém o sistema classificatório atual, categórico, mas introduz um modelo novo baseado em dimensões e espectros, que considera os aspectos comuns às distintas classes diagnósticas. Embora a abordagem atual seja sindrômica, é levado em consideração que a maioria dos fenômenos envolvidos ocorre em um contínuo na realidade clínica.

Um sistema dimensional tem a vantagem de reduzir a inflação de categorias diagnósticas, ao estabelecer um conjunto de dimensões básicas e colocar mais ênfase na gravidade do quadro. Além disso, as dimensões podem ser mais gerais ou mais específicas, englobando fatores comuns e específicos dos quadros clínicos (SANDÍ et al., 2012). Assim, verifica-se que o momento atual demanda uma visão mais equilibrada entre quantidade e qualidade acerca da compreensão dos fenômenos psicológicos. Talvez estejamos caminhando no sentido de promover estratégias de intervenção integradoras, que deem conta do que é transdiagnóstico e do que é específico a cada categoria nosológica.

É nesse contexto que se verifica um interesse crescente pela perspectiva transdiagnóstica em saúde. Isso abrange a identificação de fatores de proteção e de fatores de risco comuns a diferentes entidades diagnósticas; a elaboração de uma conceituação de caso que dê conta das comorbidades, ou seja, um modelo individualizado compreensivo que acomode a heterogeneidade dos diagnósticos e explique as diferentes manifestações psicopatológicas de um cliente (SILVA, 2016); e propostas de intervenção para tratar os fatores comuns (CAETANO, 2019), o que levaria à melhoria de distintos quadros clínicos em diferentes pacientes e à redução da comorbidade de cada paciente.

Investigar os fatores transdiagnósticos é importante para informar o foco do tratamento. Payne et al. (2016) apontam, como principal vantagem da intervenção transdiagnóstica, o tratamento das condições comórbidas que o paciente apresenta, além da redução do número de protocolos existentes. Em termos de Saúde Pública, estudar a eficácia dos tratamentos unificados é de grande relevância para aumentar o número de pacientes que podem ser atendidos em um espaço de tempo. Sabe-se que, na saúde pública, a demanda por atendimento psicológico é sempre muito superior à quantidade de profissionais disponíveis. Enfatizar o trabalho sobre os fatores comuns aos distintos transtornos

emocionais possibilitaria o tratamento em grupos heterogêneos, otimizando o uso do tempo, do espaço físico e dos recursos humanos.

Sandín et al. (2012) acreditam que a perspectiva transdiagnóstica, possivelmente, venha a ocupar um papel primordial na Atenção Básica de Saúde, como já ocorre com tratamentos médicos mais genéricos. O modelo se encaixa bem com a prevenção e a promoção em Saúde Mental, podendo fazer parte do cuidado de crianças e adolescentes, as quais apresentam quadros clínicos menos diferenciados, que são, por definição, transdiagnósticos.

A abordagem baseada em fatores comuns tem grande relevância para a prática clínica. Contudo, a evidência para as intervenções transdiagnósticas ainda é limitada (SANDÍN et al., 2012; SILVA, 2016). Esse modelo de tratamento ajuda a alcançar os objetivos terapêuticos e a resolver as dificuldades? É útil na superação de sintomas específicos de um diagnóstico? Os protocolos transdiagnósticos são superiores, em termos de melhoria do quadro clínico, aos protocolos de intervenção tradicionais centrados no diagnóstico? Têm efeito sobre as comorbidades? As intervenções em grupo deveriam adotar quais critérios para selecionar participantes heterogêneos? Quais transtornos compartilham, quais fatores em comum? Existem processos transdiagnósticos que são mais centrais que outros?

Vislumbra-se a necessidade de pesquisas que também estabeleçam evidências sobre qual modelo de intervenção é mais eficaz, o transdiagnóstico ou o centrado no diagnóstico. Ou talvez, um modelo misto, que aborde aspectos comuns e específicos dos transtornos. O Protocolo Unificado (PU) desenvolvido no Center for Anxiety and Related Disorders da Boston University utiliza princípios terapêuticos comuns ao tratamento psicológico de vários transtornos emocionais e os resultados iniciais sobre a validação clínica se mostram promissores (PAYNE et al., 2006).

O PU não é proposto apenas para os transtornos de humor e de ansiedade, mas para as classes diagnósticas nas quais a regulação emocional cumpre um papel de destaque, como os transtornos somatoformes, os transtornos alimentares, a personalidade *borderline*, dentre outros. É um tratamento cognitivo-comportamental voltado aos aspectos do processamento e da regulação das emoções e ocorre em um contexto de provocação da experiência e expressão emocional. Objetiva ampliar a consciência emocional, aumentar a flexibilidade cognitiva, identificar e prevenir padrões de evitação emocional desadaptativos, aumentar a consciência e a tolerância às sensações físicas que acompanham a experiência emocional e realizar exposições às emoções (interoceptiva e situacional) (PAYNE et al., 2016).

Segundo os mesmos autores, a literatura atual evidencia uma associação entre predisposição genética, processamento de emoções ineficiente e o desenvolvimento de transtornos emocionais. A hiperativação em estruturas neurais envolvidas na geração de emoções, a diminuição do volume de matéria cinzenta nas regiões

límbicas e a conectividade funcional reduzida entre as regiões geradoras de emoção e as estruturas envolvidas em seu controle inibitório ocorrem na desregulação emocional. Com isso, verifica-se que, nos transtornos emocionais, os indivíduos manifestam aumento da percepção das emoções como sendo incontrolláveis e intoleráveis, aumento do processo evitativo e uso de estratégias desadaptativas para o controle emocional, que acabam mantendo os sintomas.

A propensão ao aumento da reatividade emocional, a percepção das emoções como aversivas e as tentativas disfuncionais para alterar, evitar ou controlar a resposta emocional caracterizam a desregulação emocional e esta é comum a distintos transtornos (PAYNE et al., 2016). A dificuldade no manejo das emoções é uma característica presente em mais da metade das perturbações mentais descritas no DSM 5 (MENDES et al., 2017; SILVA & FREIRE, 2014). Desse modo, a regulação emocional é um fator transdiagnóstico de interesse de pesquisadores e clínicos na atualidade, e seu estudo vem recebendo atenção crescente nas últimas três décadas.

## REGULAÇÃO EMOCIONAL, SAÚDE E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

A partir do exposto, acredita-se que a capacidade de regular as próprias vivências emocionais de modo saudável é essencial para o bom manejo de distintos quadros clínicos, sejam eles predominantemente médicos ou psicológicos. A impossibilidade de separar mente e corpo denota que o sofrimento emocional acompanha os transtornos mentais e os quadros médicos orgânicos. Emoções desreguladas podem precipitar, agravar ou manter quadros clínicos. Assim, compreende-se que a promoção da regulação emocional deve integrar os planos de tratamento de diferentes condições clínicas.

Utilizando como referencial teórico e prático a TCC, pretende-se apontar como as ferramentas dessa abordagem podem ser utilizadas na prática para a promoção da regulação emocional. Nesse capítulo, duas condições clínicas serão abordadas, a doença crônica de pele dermatite atópica e os transtornos alimentares, privilegiando a relação entre regulação emocional, adesão ao tratamento e controle bem-sucedido desses quadros.

A TCC é uma abordagem científica comprovadamente eficaz para diferentes transtornos mentais e quadros psicofisiológicos, devido à sua base em evidências. Dispomos de modelos cognitivos e técnicas para cada transtorno. Contudo, é importante destacar que a identificação e intervenção sobre fatores transdiagnósticos sempre estiveram presentes na TCC, embora o construto não fosse comumente aplicado.

Intervir nos esquemas de reforço e punição que controlam o comportamento psicopatológico, por exemplo, é uma estratégia transdiagnóstica; assim como a reestruturação de distorções cognitivas, as quais são presentes de forma rígida em distintos transtornos mentais. Atualmente, observa-se uma ênfase na capacidade de regulação emocional (SANDÍN et al., 2012). Esses três fatores supracitados (esquemas de reforço e punição, distorções cognitivas e regulação emocional) são transdiagnósticos. Explicam a vulnerabilidade aos ou proteção contra os transtornos mentais e psicofisiológicos e a manutenção do quadro patológico. Ainda, são elementos comuns trabalhados na intervenção psicoterapêutica.

Sendo uma abordagem integrativa, novas propostas de intervenção se mostram efetivas e são incorporadas à TCC, sem que isso invalide os modelos anteriores. Desse modo, os comportamentos e as crenças disfuncionais são alvos de tratamento, mas elementos novos que se mostram relevantes são abordados, como é o caso da regulação emocional.

Embora o presente capítulo privilegie o estudo da regulação emocional no âmbito da Psicologia da Saúde, é importante ressaltar que esse processo tem sido foco de atenção de diferentes disciplinas, como a Psicologia do Desenvolvimento, a Psicologia da Personalidade, as Neurociências, os Processos Básicos em Psicologia, a Psicologia Evolucionista, dentre outras (LEAHY et al., 2013; PAYNE et al., 2016; SILVA & FREIRE, 2014).

Integrar o conhecimento advindo das demais disciplinas é característico da TCC e é essencial para o tratamento eficaz. As contribuições de outras áreas de estudo têm levado à compreensão de como fatores temperamentais e trajetórias de desenvolvimento (o que inclui as relações familiares) interagem e influenciam a (des)regulação emocional (PAYNE et al., 2016; SANDÍN et al., 2012; SILVA & FREIRE, 2014).

Aprender a regular emoções é um dos componentes essenciais do desenvolvimento bem-sucedido. A adolescência é uma fase do ciclo vital considerada de particular importância para o estudo do tema. As alterações físicas, hormonais, cognitivas e sociais experienciadas nessa etapa eliciam novas experiências emocionais que demandam o uso eficaz de estratégias autorregulatórias (SILVA & FREIRE, 2014).

A TCC com adolescentes busca a promoção de estratégias de enfrentamento funcionais para lidar com as adversidades típicas dessa fase e a capacidade de regulação emocional tem recebido destaque. De acordo com Mendes et al. (2017), o amadurecimento tardio do córtex pré-frontal explica a dificuldade de manejo emocional nessa fase. É comum notar a intensificação emocional ou desativação excessiva das emoções nessa faixa etária, bem como o uso de estratégias de coping desadaptativas, por exemplo, o uso de drogas.

Importantes recursos da TCC podem ser aplicados nessa população, a fim de promover a regulação emocional, como a psicoeducação sobre a função das emoções, o treino da assertividade, a busca de apoio social e a reavaliação cognitiva (MENDES et al., 2017). Assim, além de abordar a capacidade de lidar de forma funcional com as emoções nos diferentes transtornos mentais, a TCC tem importante papel preventivo e de promoção da Saúde Mental ao atuar com os adolescentes.

## RECURSOS DA TCC PARA A PROMOÇÃO DA REGULAÇÃO EMOCIONAL

A TCC dispõe de um arsenal de recursos, fundamentados teórica e empiricamente, para ajudar os pacientes com diferentes quadros clínicos a regular as emoções de forma funcional. Esses recursos podem ser aplicados aos objetivos de prevenção, promoção ou tratamento dos processos saúde-doença. Ainda, podem ser adaptados para indivíduos de diferentes faixas etárias e a diferentes contextos de atendimento (SCHÜTZ, 2023). A seguir, serão discutidos três dos variados recursos que visam à promoção da regulação emocional em TCC. Posteriormente, serão apresentadas as práticas implementadas nos quadros da doença de pele dermatite atópica e de transtornos alimentares.

Um importante recurso de que dispõe o terapeuta cognitivo-comportamental é a psicoeducação. Em termos de regulação das emoções, uma estratégia fundamental é a psicoeducação emocional. O paciente é psicoeducado sobre a função das emoções, uma vez que a regulação ou desregulação emocional é influenciada pelas crenças acuradas ou distorcidas que se têm sobre elas. De acordo com Leahy et al. (2013), o problema não é sentir as emoções, mas a maneira como se relaciona com elas. Julgamentos errôneos (Ex. “não posso ficar triste, porque depois que eu começar a sentir tristeza, ela nunca mais vai passar”; “sentir raiva é errado”; “sentir medo é sinal de fraqueza”) podem levar ao uso de estratégias disfuncionais para lidar com as emoções, como o uso de drogas, a automutilação, compulsão alimentar, exercícios excessivos, isolamento e evitação.

Assim, o paciente é psicoeducado para perceber e classificar as emoções, para usá-las para tomar decisões e esclarecer valores e metas, para compreender a razão do que está sentindo, e para continuar funcionando apesar delas (LEAHY et al., 2013). Compreender as próprias emoções impede que se reaja de forma desadaptativa quando elas emergem.

Outro recurso muito enfatizado pelas abordagens de terceira geração é a capacidade de aceitação. Esta implica a abertura para o que é real no momento presente. Podemos pensar sobre a aceitação em relação às experiências internas (às sensações fisiológicas, às emoções e aos pensamentos) e aumentar a disposição dos pacientes para estar em contato com elas quando se fazem presentes, mesmo que

não sejam agradáveis (LEAHY et al., 2013). As tentativas disfuncionais de supressão levam a um efeito rebote em que a experiência emocional desagradável se intensifica.

No entanto, também podemos pensar sobre a aceitação em relação a eventos médicos, como desenvolver uma doença crônica, um transtorno mental ou um quadro psicofisiológico. A aceitação é uma etapa importante para a adesão ao tratamento. Quando a condição de saúde é negada, ou quando o paciente não aceita participar ativamente do controle de sua doença, experiências emocionais disfuncionais podem piorar ou descompensar o quadro clínico. Assim, visando o aumento da qualidade de vida na convivência com a doença, trabalhar a aceitação do diagnóstico é relevante.

Aceitar significa estar aberto a ver e reconhecer as coisas como elas são no momento presente. Aceitar não significa passividade ou resignação, e sim um entendimento claro do que é real no aqui e agora, para que se possa responder da forma mais eficaz (SNYDER & LOPEZ, 2009). Sendo assim, aceitar o diagnóstico é um passo essencial para fazer as mudanças necessárias no estilo de vida para adequar-se ao plano de tratamento. O terapeuta pode acolher empaticamente a dor do paciente, validando seus sentimentos relacionados a ser portador de alguma doença/ algum transtorno; mas também deve buscar confrontá-lo com certa diretividade, conscientizando-o das implicações de suas escolhas para o processo saúde-doença.

Outro recurso em voga são as práticas de *mindfulness* ou atenção plena. O *mindfulness* é uma estratégia que fomenta um estado de abertura para experimentar as emoções de forma completa, ficando em contato com o que é real no aqui e agora, sem apresentar julgamentos e sem precisar reagir comportamentalmente para fugir da experiência presente (LEAHY et al., 2013; SNYDER & LOPEZ, 2009). Ajuda a promover o entendimento de que as emoções são dinâmicas e não estáticas, de modo que não é necessário apresentar reatividade para suprimi-las. As emoções são passageiras e não precisam ser temidas.

Assim, as três ferramentas da TCC apresentadas acima fazem parte do leque de intervenções que o psicólogo da saúde pode utilizar para promover a capacidade de regulação emocional dos pacientes. Acredita-se que o emprego destes e muitos outros recursos para a regulação emocional possam favorecer a prevenção e o tratamento de doenças mentais e psicofisiológicas, uma vez que está cada vez mais estabelecido teórica e empiricamente o papel de destaque das habilidades de autorregulação no processo saúde-doença. A seguir apresenta-se dois quadros de saúde destacados para exemplificar a importância da regulação emocional tanto para a prevenção quanto para o tratamento de saúde, a doença dermatológica, dermatite atópica e os transtornos alimentares.

## O PAPEL DAS EMOÇÕES NA DOENÇA DERMATOLÓGICA: DERMATITE ATÓPICA

A pele é o maior órgão do corpo; tem a função de regular a temperatura corporal, e de proteção entre o organismo e o meio externo. Além disso, apresenta função sensorial, perceptiva, protetora dos órgãos internos. Nela também são explicitadas emoções, por exemplo: rubor na vergonha, palidez ou suor no medo, dentre outras. Neste contexto, quando a pele adoece, impacta a qualidade de vida da pessoa no aspecto físico, social e emocional nos quais destaca-se a ansiedade, depressão e isolamento (GON et al., 2013), repercutindo em aspectos psicossociais. Entre as doenças de pele muito comuns na infância está a dermatite atópica. Os seus principais sintomas são prurido, inflamação, lesões crostosas e coceira, além do impacto psicossocial em restrições alimentares e atividades sociais, bem como, na administração para uso de medicamentos e na rotina de sono (RAŽNATOVI ĐUROVI et al., 2021).

Pais de crianças acometidas com dermatite atópica relatam dificuldades na disciplina e no cuidado de seus filhos, devido principalmente à privação do sono, exaustão, dificuldades no custo e na administração de medicação tópica e sistêmica. Isto acaba gerando conflitos entre os pais e também entre os filhos saudáveis, alterando a estrutura familiar (ALVARENGA & CALDEIRA, 2009; LANGAN, IRVINE & WEIDINGER, 2020).

Nesse sentido, é importante destacar que este processo parental de regulação emocional se fundamenta em uma base de interações múltiplas, que são dependentes das características dos pais, tais como valores, filosofia de educação da criança, regulação parental e emocionalidade da criança. Conforme Valiente e Eisenberg (2006), há também que se considerar as características das crianças, como a idade, sexo, temperamento, reatividade e reações à disciplina, e o contexto sociocultural em que estão inseridas, como os valores culturais acerca da expressão das emoções ou o papel das práticas parentais na educação da criança, sendo estas influências recíprocas e complexas.

A autorregulação das emoções é o termo usado para definir os processos envolvidos na forma de lidar com níveis elevados de emoções positivas e negativas, dos tipos de comportamentos externalizantes e internalizantes. Assim, acrescenta-se que regulação emocional versa sobre estratégias automáticas ou controladas e conscientes ou inconscientes, que influenciam um ou mais componentes da resposta emocional, que fazem parte os sentimentos, os comportamentos e as respostas fisiológicas associadas às emoções. Nesse sentido, as estratégias de enfrentamento buscam amenizar a sensação física desagradável devido a situação de estresse, bem como alterar o estado emocional do indivíduo que está em sofrimento (CRUVINEL & BORUCHOVITCH, 2011; COOKE, KOCHENDORFER, STUART-PARRIGON, KOEHN & KERNS, 2019).

Há uma relação direta entre expressividade familiar positiva e indicadores infantis de comportamento pró-social, popularidade, conhecimento acerca da expressão emocional e compreensão das emoções dos outros, menores níveis de agressão, melhor ajustamento e resiliência face ao estresse. Por outro lado, um ambiente familiar regulado por expressividade emocional negativa parece danificar a competência social e contribuir para a existência de elevados níveis de agressão nas crianças (ALVARENGA & CALDEIRA, 2009; LANGAN, IRVINE & WEIDINGER, 2020).

Desta forma, há que se levar em conta o impacto emocional e social sobre os cuidadores destas crianças. Os pais das crianças doentes relatam dificuldades nos cuidados com seus filhos, na disciplina, controle e superproteção, que acabam por gerar conflito em todo o ambiente familiar. Nesse interim, o ambiente familiar oferece as melhores condições para cuidar e auxiliar nas dificuldades de saúde-doença de seus filhos, formando assim uma rede social que atua como um forte sistema de apoio a seus integrantes (XIMENES ET AL., 2004; KELLY, BALOGH, KAPLAN, FELDMAN, 2021).

## ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL E IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DA DERMATITE ATÓPICA

Entende-se que a autorregulação (AR) no indivíduo se define como a habilidade para conter comportamentos impulsivos e se engajar em comportamentos dirigidos quando se depara com emoções negativas. Assim, há o uso de estratégias que podem ser utilizadas para modular a intensidade e duração da resposta emocional. Somando-se a isto, a AR é uma habilidade indispensável para o desenvolvimento adaptativo em muitos domínios, além de moderar a atenção e os comportamentos decorrentes de alguma situação. Nesse sentido, pode-se compreender que a AR se refere a um processo intrínseco e extrínseco, que envolve monitoramento, avaliação e modificação de reações emocionais para atender metas (HUTZ & REPPOLD, 2018). Dentre as técnicas que se destacam como estratégias de regulação emocional para crianças e adolescentes, bem como adultos e familiares que convivem com a dermatite atópica, pode-se destacar a psicoeducação emocional, técnicas de relaxamento muscular progressivo e imaginação guiada, bem como *mindfulness*, a atenção plena.

Além disso, é de vital importância avaliar qual é o conhecimento e o entendimento das famílias quanto à prevenção e tratamento da doença (HOCKENBERRY & WILSON, 2006). Sendo assim, para que haja um controle mais efetivo das dermatoses em saúde pública, o tratamento em massa deve ser associado à educação em saúde, para uma melhor qualidade de vida para a população. Em terapia cognitivo-comportamental a psicoeducação proporciona



ao paciente e família informações confiáveis sobre a doença, assim diminuindo ansiedade e/ou vergonha, bem como sinais e sintomas de tristeza aplicados ao contexto do processo saúde-doença da dermatite atópica.

Quando a doença de pele aparece, a pessoa e seus familiares passam a ter uma representação mental sobre o processo saúde-doença, por meio de pensamentos, imagens, e crenças que significam a sua experiência com o problema de saúde (RODRIGUES, 2019). Neste momento, o terapeuta cognitivo-comportamental auxilia a identificar pensamentos e emoções disfuncionais sobre a situação do adoecimento de pele, no intuito de fortalecer a adesão ao tratamento bem como a convivência com a dermatite atópica.

Além da técnica de Psicoeducação aplicada ao contexto das doenças dermatológicas, o terapeuta pode utilizar-se do relaxamento muscular progressivo, no intuito de auxiliar na conscientização corporal e na diminuição de sinais e sintomas de ansiedade. Ainda a auxiliar neste processo, a imaginação guiada pode ser utilizada como proposta de visualização de melhora da saúde, da pele, diminuição de coceira e reações inflamatórias associada ao tratamento médico (CALVETTI et al., 2017; RODRIGUES, 2019; HUI, CHAN, FUNG, CHAN & LUK, 2022)

Uma das técnicas de regulação emocional muito utilizada atualmente é o desenvolvimento de habilidades de *mindfulness*, que observa, descreve e age com consciência, sem julgamentos e reações. A regulação emocional é uma prática através da qual as pessoas modulam suas emoções em resposta a obstáculos ambientais, a fim de realizar seus objetivos. Rodrigues et al. (2017) apontam que *mindfulness* pode ser descrito como um processo de atenção e consciência em relação ao momento presente, com sensações e experiências de uma posição não julgadora. A atenção plena é considerada um meio de alcançar prazer, sabedoria e conexão, e se praticado corretamente, melhora a saúde mental e física.

Na última década, observou-se um crescimento nas pesquisas sobre intervenções baseadas em *mindfulness* com relação à ansiedade, a transtornos alimentares, à prevenção de recaída na depressão, a problemas com a imagem corporal, ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, entre outros. Resultados efetivos são apresentados para tratamento de queixas físicas com dor crônica, melhora do humor e bem-estar em pessoas doentes (HUTZ & REPPOLD, 2018). Os autores apontam que *mindfulness* melhora a capacidade de manejar as experiências dolorosas, momento a momento, com aceitação. Mesmo com pensamentos e sentimentos difíceis de tolerar, o indivíduo torna-se receptivo sobre esses eventos psicológicos ao invés de querer evitar uma situação. A regulação emocional também pode auxiliar pais e/ou cuidadores a lidar com suas emoções de maneira mais consciente e assim, auxiliar seus filhos com doença crônica, a dermatite atópica a lidarem com o problema.

Frente ao exposto, pode-se destacar que o reconhecimento e a aceitação das emoções também visam fortalecer a aderência ao tratamento, como por exemplo, em colocar cremes sistematicamente sob prescrição médica, bem como ir a consultas e a lidar com o estigma social e com as relações interpessoais e a doença. Para tanto, as contribuições da terapia cognitivo-comportamental auxiliam na melhora do tratamento de saúde da doença dermatológica. Em especial, na regulação emocional, bem como na diminuição de sinais e sintomas de ansiedade e tristeza associadas às doenças de pele.

## O PAPEL DAS EMOÇÕES NOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Os transtornos alimentares (TA) são caracterizados por uma alteração persistente no comportamento alimentar, resultando em problemas para a saúde física e mental. Geralmente têm início na adolescência e uma vez estabelecidos, esses transtornos são difíceis de tratar podendo desenvolver um curso crônico. Entre eles incluímos a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno da compulsão alimentar (TCA) (APA, 2014; FAIRBURN & COOPER, 2016).

A AN caracteriza-se por uma preocupação excessiva com o peso e um medo mórbido em engordar, que resulta em um peso corporal indevido (índice de massa corporal  $\leq 17,5$ ). Pode ser do subtipo restritivo, no qual o comportamento alimentar é exclusivamente restritivo; ou do subtipo compulsão alimentar/purgativo, no qual além do comportamento alimentar restritivo, há a presença de episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos purgativos (APA, 2014).

A BN caracteriza-se pela presença de episódios de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios com o objetivo de evitar o ganho de peso. Assim como na AN, existe uma preocupação intensa com o peso e o medo de engordar. Ambas apresentam distorção da imagem corporal. Já o TCA é caracterizado pela presença de episódios de compulsão alimentar, sem ocorrência de métodos compensatórios para evitar o ganho de peso. Geralmente os pacientes com TCA apresentam sobrepeso ou obesidade (APA, 2014).

Recentemente a literatura tem enfatizado o papel das dificuldades na regulação emocional como um fator transdiagnóstico entre os diferentes tipos de TA. Vários estudos têm sugerido que essas dificuldades estão associadas à psicopatologia alimentar, relacionando alguns comportamentos alimentares disfuncionais como a compulsão alimentar, purgação e até mesmo a restrição alimentar a estratégias para evitar ou inibir emoções negativas. Os modelos que tentam explicar o papel das emoções nos TA sugerem que o ambiente familiar disfuncional característico desses transtornos contribui para o desenvolvimento de crenças de que as emoções negativas são perigosas e, portanto, inaceitáveis, o que favorece o aprendizado dessas estratégias desadaptativas de regulação

emocional (NOWAKOWSKI et al., 2013). Dessa forma, a desregulação emocional tem sido considerada um importante fator de risco tanto para o desenvolvimento como para a manutenção dos TA (LEPPANEN, BROWN, McLINDEN, WILLIAMS & TCHANTURIA, 2022; MALLORQUÍ-BAGUÉ et al., 2018; NOWAKOWSKI et al., 2013).

## ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL E IMPLICAÇÃO PARA O TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Em relação aos TA, a literatura mostra que existem vários prejuízos nas habilidades de regular as emoções de forma adaptativa. Além disso, sugere que quanto maior for a dificuldade em regular as emoções, mais graves serão os sintomas alimentares (GUERRINI-USUBINI, 2023; LEPPANEN ET AL., 2022; NOWAKOSKI et al., 2013; RACINE & WILDES, 2013).

Existem inúmeras evidências que sugerem uma dificuldade em reconhecer e entender as emoções na AN (NOWAKOSKI et al., 2013; RACINE & WILDES, 2013). Além disso, essas pacientes prestam pouca atenção às experiências emocionais, indicando uma tendência à evitação. Como foi apresentado anteriormente, o comportamento alimentar disfuncional pode ser usado como uma estratégia para regular a emoção. Em pacientes com AN do subtipo restritiva, as estratégias baseadas na evitação são as mais utilizadas. Alguns autores sugerem que os comportamentos restritivos e compulsivos (exercícios excessivos) teriam como função bloquear a experiência emocional (DANNER et al., 2014; HARRISON et al., 2009; RACINE & WILDES, 2013).

Em relação à aceitação das emoções, existem evidências que mostram que indivíduos com AN apresentam crenças disfuncionais em relação às mesmas. Muitas dessas crenças foram desenvolvidas ao longo da infância, em um contexto familiar disfuncional, que reforçava essas ideias (RACINE & WILDES, 2013). As famílias de pacientes com AN apresentam organização mais rígida, maior interdependência e evitação de conflitos. Existe o mito da família harmoniosa e a crença de que emoções negativas são destrutivas e, portanto, não devem ser experienciadas (NOWAKOSKI et al., 2013; RACINE & WILDES, 2013).

Um aspecto importante a ser observado refere-se às cognições em relação a peso e aparência. Algumas pesquisas sugerem que esses pensamentos repetitivos também seriam uma forma de evitar a ativação emocional, direcionando o foco de atenção aos comportamentos que levariam a um maior controle do peso (LEPPANEN et al., 2022; RACINE & WILDES, 2013). Tanto a evitação das emoções, como a evitação de situações interpessoais que poderiam funcionar como um gatilho de experiências emocionais, estariam relacionadas ao desenvolvimento do transtorno e geralmente funcionam como fator de manutenção da doença.

Na AN do subtipo compulsão alimentar/purgativa, a capacidade para controlar comportamentos impulsivos diante de situações que disparam emoções negativas encontra-se prejudicada. Essa parece ser a principal característica que diferencia os dois subtipos de AN. Essa dificuldade em controlar o impulso diante de emoções negativas estaria associada aos episódios de compulsão alimentar e métodos purgativos. Os autores sugerem que a função dos comportamentos de compulsão alimentar/purgação seria ajudar a aliviar a emoção negativa, principalmente em situações de falta de controle (BROCKMEYER et al., 2014; DANNER et al., 2014; HARRISON et al., 2009; RACINE & WILDES, 2013).

Assim como na AN, pacientes com BN também apresentam dificuldades para compreender e aceitar as emoções (BROCKMEYER et al. 2014; DANNERAT et al., 2014; HARRISON et al., 2009; SVALDI et al., 2012). Tais dificuldades contribuem para o uso de estratégias desadaptativas para regulação emocional (LAVENDER et al., 2015).

Os sintomas bulímicos geralmente estão relacionados a dificuldades no controle do impulso e o gatilho imediato para a ocorrência dos mesmos seria a ativação emocional. A literatura sugere que os episódios de compulsão alimentar seriam uma tentativa momentânea de aliviar a experiência emocional negativa (BROCKMEYER et al., 2014; DANNERAT et al., 2014). Por conta da excessiva preocupação com o peso e aparência, após os episódios de compulsão alimentar, o afeto negativo (tristeza, culpa, raiva) tende a aumentar novamente. Dessa forma os métodos purgativos surgem como estratégia para novamente lidar com a emoção. Essa estratégia de regulação emocional acaba se reforçando negativamente e, portanto, é considerada um fator de manutenção do transtorno.

Em relação ao TCA, evidências mostram que os episódios de compulsão alimentar seriam uma resposta a experiências emocionais negativas. No entanto, estudos avaliando os déficits na regulação emocional apontam para um menor prejuízo nesses indivíduos quando comparados a AN e BN (MALLORQUÍ-BAGUÉ et al., 2018).

Em resumo, as dificuldades na regulação emocional estão presentes nos diferentes tipos de TA, e parecem estar relacionadas aos sintomas alimentares como compulsão alimentar, restrição alimentar, métodos purgativos e exercícios excessivos. Dessa forma, muitos autores têm sugerido incluir nos protocolos de tratamentos, estratégias específicas para o manejo das emoções (GUERRINI-USUBINI, 2023; MALLORQUÍ-BAGUÉ et al., 2018; NOWAKOWSKI et al., 2013).

O entendimento de que existem aspectos centrais, como a regulação emocional, envolvidos tanto na formação como na manutenção dos sintomas alimentares, tem contribuído para o desenvolvimento de estudos utilizando diferentes abordagens focadas no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional.

Segundo Mallorquí-Bagué et al. (2018), pacientes com remissão total dos sintomas alimentares apresentam maiores mudanças na capacidade de regular as emoções de forma adaptativa ao fim do tratamento. Por outro lado, pacientes que não apresentaram melhoras significativas no final do tratamento, continuavam com dificuldades na regulação emocional. Os autores apontam que os protocolos de tratamento cognitivo-comportamental para transtornos alimentares focam nos aspectos relacionados à preocupação com peso e alimentação, não abordando de forma específica estratégias para regulação emocional.

Em seu modelo transdiagnóstico do TA, Fairburn e Shafran (2016) propõe que a intolerância ao afeto negativo está presente nos diferentes tipos de TA, e contribuem para a manutenção dos sintomas alimentares. O protocolo de tratamento proposto pelos autores, a Terapia Cognitivo-Comportamental ampliada (TCC-A) inclui módulos extras para trabalhar com características específicas de forma mais intensiva, como a intolerância as emoções negativas, dificuldades interpessoais e perfeccionismo.

A psicoeducação também tem sido muito utilizada para trabalhar a dificuldade em identificar e diferenciar as emoções, característico principalmente em pacientes com AN. O fornecimento de informações acerca da função das emoções, com um foco no reconhecimento das mesmas e no treinamento de estratégias tem sido eficaz. Money et al. (2011) avaliaram uma intervenção breve que focava basicamente em psicoeducação das emoções em um grupo de 28 pacientes com AN que estavam internadas. Durante as sessões, materiais e tarefas eram utilizados com o objetivo de facilitar a reflexão sobre as estratégias até então utilizadas e possíveis alternativas para lidar, tolerar e expressar as emoções. Segundo as autoras, o objetivo dessa intervenção breve é facilitar o engajamento dessas pacientes no início do tratamento.

No modelo proposto por Corstorphine (2005), o foco nas dificuldades em regular o afeto é um componente-chave do tratamento. Ele inclui a psicoeducação, que introduz informações acerca da função das emoções, o conceito de emoções primárias e secundárias e formas de expressão, adaptativas e desadaptativas. São propostos exercícios experienciais, com o objetivo de ajudar a paciente a identificar e experimentar a emoção. Em seguida, são trabalhadas estratégias para reestruturação cognitiva das crenças relacionadas tanto a experiência quanto a expressão das emoções, assim como o treinamento de habilidades para responder de forma adaptativa as mesmas.

Muitas intervenções têm incluído abordagens baseadas na aceitação e *mindfulness* no tratamento dos TA (BAER et al., 2011; WNUK et al., 2015). A terapia dialética comportamental até então foi a mais estudada. Desenvolvida inicialmente para pacientes com transtorno da personalidade borderline, foi adaptada para o tratamento da BN e TCA. Seu modelo é baseado na regulação da emoção, e

entende os episódios de compulsão alimentar como estratégias para desviar a atenção de estados emocionais aversivos. O objetivo do tratamento seria aumentar a capacidade do indivíduo de manejar o afeto negativo, incluindo treinamento em *mindfulness*, estratégias para regulação emocional e treinamento em habilidades para tolerar a frustração (BISHOP, 2015).

A terapia de aceitação e compromisso sugere que sintomas alimentares estariam relacionados a tentativas de evitar ou escapar de experiências internas aversivas. As intervenções propostas para o tratamento dos TA incluem estratégias baseadas em *mindfulness* e aceitação para trabalhar especificamente os pensamentos relacionados a aparência e peso, assim como a preocupação e o medo em engordar (SANDOZ et al., 2010).

Intervenções baseadas em *mindfulness*, adaptadas do protocolo de Redução do Stress baseada em *Mindfulness* de Kabat-Zinn, também têm sido usadas no tratamento do TCA. As intervenções geralmente são feitas em grupo, e incluem vários exercícios de meditação e *mindfulness*. Aqui o foco está no aumento da consciência no comportamento de comer, assim como das sensações fisiológicas relacionadas à fome e saciedade (GODFREY et al., 2014).

Linardon et al. (2017) realizaram uma revisão sistemática da literatura sobre a eficácia das terapias de terceira onda no tratamento dos transtornos alimentares. Foram selecionados estudos que usaram a terapia dialética comportamental, terapia do esquema, terapia de aceitação e compromisso, intervenções baseadas em *mindfulness* e terapia focada na compaixão. Segundo os autores, as intervenções estariam baseadas em estratégias focadas na regulação emocional. Os resultados das intervenções foram promissores, principalmente para pacientes com BN e TCA, que apresentaram melhoras significativas dos sintomas alimentares no fim do tratamento e follow-up. No entanto, os autores ressaltam a necessidade de mais estudos controlados para observar a eficácia do tratamento, principalmente na comparação com protocolos baseados em evidências.

O entendimento da regulação emocional como um fator transdiagnóstico, que interfere tanto no desenvolvimento, quanto na manutenção dos diferentes tipos de TA, leva à necessidade de se pensar em intervenções que abordem as emoções de forma específica. A literatura tem mostrado que as abordagens focadas no manejo das emoções e treinamento de habilidades de *coping* adaptativas têm sido eficazes na redução de sintomas. A realização de mais estudos avaliando intervenções focadas na emoção parece ser um importante passo, não só para o tratamento dos TA, mas também como estratégias de prevenção na formação do transtorno.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, pode-se considerar que a regulação emocional tem importante papel na prevenção e no tratamento de doenças físicas e mentais. O início da vida e o papel dos pais e/ou cuidadores são essenciais para o desenvolvimento de estratégias e habilidades de regulação emocional que repercutirão por toda a vida. A validação das emoções positivas e negativas pelos pais para com a criança e o auxílio neste reconhecimento, bem como no aprimoramento da sua maneira de expressá-la, pode levar à prevenção e mesmo à melhor convivência com quadros clínicos como o da doença de pele, e também os transtornos alimentares, dentre outros.

As estratégias de psicoeducação emocional, aceitação, *mindfulness*, bem como as mostram-se eficazes para o aprimoramento de habilidades de regulação emocional. Estas podem ser aplicadas aos pais e/ou cuidadores, bem como em crianças, adolescentes e adultos, pois são adaptáveis ao quadro necessário, sendo consideradas como ferramentas transdiagnósticas sob a regulação emocional.

Destaca-se também a necessidade do desenvolvimento de protocolos que incluam a regulação emocional como estratégia de modulação das emoções, repercutindo nas cognições e comportamentos frente à situação vivenciada. Para tanto, a regulação emocional mostra-se como importante fator transdiagnóstico em saúde promissor de novos protocolos em Terapia Cognitivo-comportamental.

## REFERÊNCIAS

- ALVARENGA T.; CALDEIRA, A. Qualidade de vida em pacientes pediátricos com dermatite atópica. *Journal de Pediatria*, 85(5), p.415-420, 2009.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BAER, R.; FISCHER, S.; HUSS, D. Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *JOURNAL OF RATIONAL-EMOTIONAL & COGNITIVE-BEHAVIOR THERAPY*, 23, p. 281-299, 2005.
- BISHOP, E. Dialectical behavior therapy. In: L. Smolak; M.P. Levine (Orgs.). *The Wiley handbook of eating disorders*. Oxford: John Wiley and Sons, p. 788-799, 2015.
- BROCKMEYER, T.; SKUNDE, M.; WU, M.; BRESSLEIN, E.; RUDOFISKY, G.; HERZOG, W.; FRIEDRICH, H. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55, p. 565-571, 2014.

CAETANO, K. A. S. Intervenções Transdiagnósticas em Psicoterapia. In W. V. MELO (Org.). *A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real*. Novo Hamburgo: Sinopsys, p. 610-646, 2019.

CALVETTI, P. Ü.; RIVAS, R. S.J.R.; COSER, J.; BARBOSA, A.C.M.; RAMOS, D. Aspectos biopsicossociais e qualidade de vida de pessoas com dermatoses crônicas. *Psicologia Saúde & Doenças*, 18(2), p. 297-307, 2017.

CARVALHO, M. R.; MALAGRIS, L.E.N.; RANGÉ, B.P. (Orgs.). *Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

CORSTORPHINE, E. Cognitive-emotional-behavioral therapy for the eating disorders: working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14, p. 448-461, 2006.

CRUVINEL, M.; BORUCHOVITCH, E. Regulação emocional em crianças com e sem sintomas de depressão. *Estudos de Psicologia*, 16(3), p. 219-22, 2011.

COOKE, J. E., KOCHENDORFER, L. B., STUART-PARRIGON, K. L., KOEHN, A. J., & KERNS, K. A. Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion* (Washington, D.C.), 19(6), p. 1103-1126, 2019.

DANNER, U. N.; STERHEIM, L.; EVERS, C. The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing regulations strategies. *Psychiatry Research*, 215, p. 727-732, 2014.

DINGEMANS, A.; DANNER, U.; PARKS, M. Emotion regulation in binge eating disorder: a review. *Nutrients*, 9, p. 1274, 2017.

FAIRBURN, C.G.; COOPER, Z. Transtornos alimentares. Um protocolo transdiagnóstico. In D.B. Barlow (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, p. 683-696, 2016.

GODFREY, K.; GALLO, L.; AFARI, N. Mindfulness-based interventions for binge eating disorder. *Journal of Behavioral Medicine*, 38, p. 348-362, 2014.

GON, M.; MENEZES, C.; JACOVOZZI, F.; ZAZULA, R. Perfil Comportamental de Crianças com Dermatoses Crônicas de Acordo com a Avaliação dos Cuidadores. *Psico*, 44(2), p. 167-173, 2013.

GUERRINI-USUBINI, A.; CATIVELLI, R.; SCARPA, A.; MUSETTI, A.; VARALLO, G.; FRANCESCHINI, C.; CASTELNUOVO, G. The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating and weight status: a path model. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23 (1), 100338, 2023.



HARRINSON, A.; SULLIVAN, S.; TCHANTURIA, K.; TREASURE, J. Emotional recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, p. 348-356, 2009.

HUI, V. K. Y., CHAN, C. H. Y., FUNG, Y. L., CHAN, C. L. W., & LUK, M. S. K. Efficacy of the integrative Body-Mind-Spirit group intervention for improving quality of life in parent-child dyads adjusting to atopic dermatitis: protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 12(3), e059150, 2022.

HUTZ, C.; REPPOLD, C. *Intervenções em Psicologia Positiva aplicadas à saúde*. São Paulo: ed. Leader, 2018.

LANGAN, S. M., IRVINE, A. D., & WEIDINGER, S. Atopic dermatitis. *Lancet* (London, England), 396(10247), p. 345-360, 2020.

LAVENDER, J. M.; WONDERLICH, S.A.; ENGEL, S.G.; KAYE, W. H., MITCHELL, E. Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a conceptual review of the empirical literature. *Clinical Psychological Review*, 40, p. 111-122, 2015.

KELLY, K. A., BALOGH, E. A., KAPLAN, S. G., & FELDMAN, S. R. Skin Disease in Children: Effects on Quality of Life, Stigmatization, Bullying, and Suicide Risk in Pediatric Acne, Atopic Dermatitis, and Psoriasis Patients. *Children* (Basel, Switzerland), 8(11), p. 1057, 2021.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LINARDON, J.; FAIRBURN, C.G.; FITZSIMMONS-CRAFT, E.; Winfley, D.; BRENNAN, L. The empirical status of the third wave behaviour therapies for the treatment of eating disorders: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 58, p. 125-140, 2017.

LEPPANEN, J; BROWN, D.; McLINDEN, H.; WILLIAMS, S; TCHHANTURIA, K. The role of emotion regulation in eating disorders: a network meta-analysis approach. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 793094, 2022.

MALLORQUÍ-BAGUÉ, N.; VINTRÓ-ALCARAZ, C.; SANCHEZ, I.; RIESCO, N.; AGÜERA, Z.; GRANERO, R., ...FERNANDEZ-ARANDA, F. Emotion regulation as transdiagnostic feature among eating disorders: cross-sectional and longitudinal approach. *European Eating Disorders Review*, 26, p. 53-61, 2018.

MELO, W. V. (Org.). *A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

MENDES, A. I. F.; FERREIRA, I. M. F.; FRIOLI, F. V.; DAOLIO, C. C.; NEUFELD, C. B. Manejo de emoções e estresse. In: C. B. Neufeld (Org.). *Terapia cognitivo-comportamental para adolescentes: uma perspectiva transdiagnóstica e desenvolvimental*. Porto Alegre: Artmed, p. 215-240, 2017.

MONEY, C.; GENDERS, R.; TREASURE, J.; SCHIMDT, U.; TCHANTURIA, K. A brief emotion focused intervention for inpatients with anorexia nervosa: a qualitative study. *Journal of Health Psychology*, 16, p. 947-958, 2011.

NOWAKOWSKI, M.E.; Mcfarlane, T.; CASSIN, S. Alexithimia and eating disorders: a critical review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 1, p. 21, 2013.

PAYNE, L. A.; ELLARD, K. K.; FARCHIONE, T. J.; FAIRHOLME, C. P.; BARLOW, D. Transtornosemocionais: um protocolo unificado transdiagnóstico. In: D. H. Barlow (Org.). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed, p. 237-274, 2016.

RACINE, S. E.; WILDES, J.E. Emotion dysregulation and symptoms of anorexia nervosa: the unique roles of lack of emotional awareness and impulse control difficulties when upset. *International Journal of Eating Disorders*, 46, p. 713-720, 2013.

RAŽNATOVI ĐUROVI , M., JANKOVI , J., IRKOVI , A., SOJEVI TIMOTIJEVI , Z., RAŠI , J., VITKOVI , L., TOMI SPIRI , V., & JANKOVI , S. Impact of atopic dermatitis on the quality of life of children and their families. *Italian journal of dermatology and venereology*, 156(1), p. 29-35, 2021.

RODRIGUES, C.F.V. Doenças dermatológicas. In: M.R. Carvalho; L.E.N. Malagris; Rangé, B.P. (Orgs.). *Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental*. Novo Hamburgo: Synopsys, p. 224-233, 2019.

RODRIGUES, M.; NARDI, A.; LEVITAN, M. Mindfulness nos transtornos do humor e ansiedade: uma revisão da literatura. *Trends Psychiatry Psychotherapy*, (3), p. 207-215, 2017.

SANDÍN, B.; CHOROT, P.; VALIENTE, R. M. Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), p. 185-203, 2012.

SANDOZ, E.; WILSON, K.; DUFRENE, T. *Acceptance and commitment therapy for eating disorders: a process-focused guide to treating anorexia and bulimia*. Oakland: New Harbinger Publications, 2010.

SCHÜTZ, N. T. Manual de técnicas em terapia do esquema. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2023.

SILVA, E.; FREIRE, T. Regulação emocional em adolescentes e seus pais: Da psicopatologia ao funcionamento ótimo. *Análise Psicológica*, 32(2), p. 187-198, 2014.

SILVA, R. A. D. *A perspectiva transdiagnóstica pela voz de psicoterapeutas e supervisores*: um estudo qualitativo pela variedade de fatores. (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Portugal, 2016.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. *Psicologia positiva*: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed, 2009.

VALIENTE, C.; EISENBERG, N. Parenting and Children's Adjustment: The Role of Children's Emotion Regulation. In: D. K. Snyder; J. Simpson; J. N. Hughes (Eds.). *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (p. 123-142). Washington, DC, US: American Psychological Association, p. 123-142, 2006.

XIMENES, L.; PINHEIRO, A.; LIMA, K.; NERY, H. A influência dos fatores familiares e escolares no processo saúde-doença da criança na primeira infância. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(1), 223-30, 2004.

WNUK, S.; GREENBERG, L.; DOLHANTY, J. (2015). Emotion-focused group therapy for women with symptoms of bulimia nervosa. *Eating Disorders*, 23,p. 253-261, 2015.

# REGULAÇÃO EMOCIONAL DA MÁGOA E DA CULPA: CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS, EMPÍRICAS E CLÍNICAS

*Vanessa Dordron de Pinho  
Stèphanie Krieger  
Eliane Mary de Oliveira Falcone*

## RESUMO

O capítulo tratará sobre os seguintes tópicos:

- Regulação emocional: refere-se ao manejo das emoções. É saudável quando existe contato com a experiência interna, percepção das emoções como sendo toleráveis e uso de estratégias adaptativas para a modulação da intensidade emocional.
- Mágoa: emoção que envolve um misto de raiva e tristeza. Decorre da percepção de um dano causado por outro indivíduo.
- Culpa: emoção originada quando regras importantes para si são violadas, quando o próprio comportamento não corresponde aos padrões autoimpostos ou quando se julga que se fez algo errado.
- Empatia: capacidade de compreender e se importar genuinamente com as experiências de outro indivíduo e de fazer algo em prol do bem-estar do mesmo.
- Ditadura dos Deverias: distorção cognitiva na qual o indivíduo acredita ter uma ideia exata de como ele e os outros devem obrigatoriamente se comportar.
- Perdão Interpessoal: mudança nas emoções, comportamentos e julgamentos em relação ao ofensor, em um sentido positivo, após ter experienciado respostas negativas decorrentes de uma ofensa interpessoal.

- Altruísmo: comportamento voluntário direcionado para ajudar o outro em que não se tem o objetivo de obter recompensas externas e gera um risco ou um custo para quem o exerce.
- Terapia Focada na Compaixão: uma abordagem integradora, desenvolvida por Paul Gilbert, que postula o treinamento da mente compassiva.

## INTRODUÇÃO

Este capítulo tem como objetivo central apontar ferramentas da clínica cognitivo-comportamental que podem ser utilizadas para auxiliar os clientes a lidarem com experiências emocionais dolorosas provenientes de relações interpessoais. Especificamente, este capítulo abordará a regulação emocional da mágoa, quando a dor provém de uma ofensa percebida no contexto de um relacionamento íntimo, e da culpa interpessoal, quando a dor emocional provém da percepção de que outra pessoa está em sofrimento e sente-se responsável por ajudá-la ou com recursos para isso.

Caracterizados como espécie social, os seres humanos vivem em sociedades de alta complexidade e dependem dos relacionamentos com os pares para a sobrevivência. As relações, contudo, trazem consigo, ocasionalmente, experiências emocionais dolorosas que exigem de cada indivíduo habilidades de manejo das emoções.

A mágoa é uma das vivências emocionais que eventualmente ocorrerá nos relacionamentos íntimos. Esta emoção envolve um misto de raiva e tristeza e decorre da percepção de uma injúria causada por outro indivíduo. Em alguns casos, a pessoa pode ter sofrido transgressões reais. Em outras ocasiões, a mágoa pode resultar de uma interpretação enviesada sobre o comportamento do outro, bem como do choque de interesses entre sujeitos que pensam distintamente.

Algumas emoções são reguladoras do comportamento moral, pois ajudam a distinguir valores, motivam o comportamento moral e inibem o comportamento imoral. Estas são denominadas emoções morais (PALUDO & KOLLER, 2003). A culpa é um tipo de emoção moral experimentada quando regras importantes para si são violadas, quando o próprio comportamento não corresponde aos padrões autoimpostos ou quando julga-se que fez algo errado (GREENBERGER & PADESKY, 2017). Desse modo, é gradualmente aprimorada ao longo do desenvolvimento e influenciada por modelos de moralidade e práticas parentais (Loos et al., 1999). De forma geral, emoções morais são subjacentes a comportamentos que facilitam interações no grupo social amplo, como, por exemplo, atitudes de reparação ou colaboração. Por esse motivo, beneficiam comportamentos de ajuda e mantêm a ordem social (O'CONNOR et al., 2011).

Nesse capítulo, será focado um tipo de culpa que se torna patogênico por ter sua origem em erros cognitivos de atribuição de causalidade. Esta é denominada por O'Connor et al. (2011) de culpa baseada na empatia, a qual tem origem nas crenças de ser o causador dos problemas do outro ou de ter os meios para aliviar o sofrimento deste. A espécie humana e outros mamíferos tem uma capacidade bem desenvolvida de avaliar a equidade diante das situações, se sentido desconfortável quando uma situação gera desigualdade e injustiça. Por esse motivo, a culpa patogênica pode ser decorrente de perceber-se como responsável por esse desequilíbrio e sofrimento de alguém.

Diante das situações nas quais se sente culpa pela dor do outro, a atribuição de causalidade é um fator determinante para o surgimento e a intensidade deste sentimento (O'CONNOR et al., 2011). Portanto, o grau em que alguém avalia: 1) ser causador de um acontecimento, 2) a gravidade do mesmo e 3) ser responsável por fazer algo para melhorá-lo, será determinante no desencadeamento da culpa. Assim como a mágoa pode decorrer de experiências reais de ofensa ou de julgamentos errôneos sobre o comportamento do ofensor, a culpa pode surgir em situações em que, de fato, se tem responsabilidade e podem-se fazer reparos em relação ao outro, ou pode resultar de uma avaliação distorcida.

A culpa e a mágoa são experiências emocionais desagradáveis que mobilizam os indivíduos a buscarem alívio, independentemente do evento que as elicia. Ambas podem aparecer para o trabalho psicoterapêutico. Assim, o terapeuta deve dispor de conhecimentos teóricos e de habilidades clínicas para o benefício do paciente.

Encontrar alívio para a mágoa e para a culpa requer que o indivíduo disponha de habilidades de regulação emocional. Leahy et al. (2013) propõem que a sensação de estar dominado pelas emoções e não saber como lidar com sua intensidade é uma das experiências mais problemáticas para os pacientes. Como resultado da dificuldade para regular suas emoções de maneira adaptativa, os indivíduos acabam se engajando em diversos comportamentos disfuncionais para eliminar a dor, como o uso de drogas, a compulsão alimentar, a automutilação e a codependência.

A regulação emocional é um fator transdiagnóstico (ou seja, um elemento comum a distintos quadros clínicos), muito ressaltado pelas psicoterapias cognitivo-comportamentais em sua terceira geração (MELO, 2019). Caracteriza-se pelo uso de estratégias de enfrentamento para moderar a intensidade emocional indesejada. Envolve a habilidade de identificar e nomear as emoções experienciadas, aceitar a própria experiência, e continuar suas atividades mesmo na presença dessas emoções (LEAHY et al., 2013).

No caso de mágoas interpessoais, as pessoas podem usar estratégias disfuncionais para se livrar da dor por meio, por exemplo, de comportamentos de vingança que podem ser extremamente prejudiciais para si, para os outros e para

a vida social. Ou podem conviver com a mágoa por anos através da ruminação mental sobre a ofensa (LUSKIN, 2007).

Na experiência da culpa, os indivíduos podem se engajar em comportamentos de ajuda que envolvem prejuízos pessoais e não beneficiam aquele que se buscava ajudar. Pode-se entender esse comportamento como um altruísmo disfuncional, pois não cumpre sua finalidade de ajudar e pode gerar danos a seu ator como exaustão e sintomas somáticos (KLIMECKI & SINGER, 2011; O'CONNOR et al., 2011). O altruísmo costuma estar associado à sensação de bem-estar e emoções prazerosas, porém, quando desencadeado pela culpa patogênica pode se tornar altamente penoso e inadequado (ZAHN-WAXLER & VAN HULLE, 2011).

O manejo funcional de emoções ativadas a partir de conflitos no relacionamento pode ser o foco do processo psicoterápico. Duas estratégias amplas podem ser empregadas para o alívio da mágoa e da culpa: a promoção da empatia e a reestruturação cognitiva.

A habilidade empática pode ser definida como “a capacidade de compreender, de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando este entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada” (FALCONE et al., 2008, p. 323). Auxiliar os clientes a desenvolverem a capacidade de melhor compreender a vivência psicológica do interlocutor (aspecto cognitivo da empatia) é um recurso para a regulação emocional tanto da mágoa, como da culpa.

Um modelo teórico apresentado por Falcone (2012), sobre as duas vias da empatia, possibilita a compreensão da importância desse fenômeno para a regulação da experiência emocional. De acordo com o modelo, a empatia poderia ser ativada de forma automática ou deliberada. A empatia automática decorreria do contágio emocional pela observação de outra pessoa em sofrimento e processos cognitivos precisariam ser ativados para modular a experiência emocional. O altruísmo depende dessa habilidade de manejo. Quando o indivíduo sente culpa ao ver a dor do outro, pode ser impulsionado a engajar-se no altruísmo disfuncional. Isso ocorre quando crenças que elevam o senso de responsabilidade pelo outro desencadeiam uma culpa patogênica que leva a essa forma de altruísmo (O'CONNOR et al., 2011).

A falta de regulação na resposta emocional poderia estar relacionada a uma hiperempatia, que se caracteriza pela alta habilidade de empatizar e pouca habilidade de sistematização dessa experiência, favorecendo comportamentos disfuncionais ou pouco eficazes para alívio do sofrimento, pois carece de uma avaliação cognitiva eficiente (DE WAAL, 2010). Pessoas que sabem regular melhor suas emoções apresentam mais comportamentos altruístas saudáveis quando comparados àquelas muito emotivas, uma vez que conseguem distinguir as causas do sofrimento do outro e ter a determinação de solucioná-las (RICARD, 2015).

A empatia ativada de forma deliberada, por outro lado, possibilita a indução de sentimentos empáticos a partir de um esforço cognitivo para compreender o interlocutor (FALCONE, 2012). Neste caso, processos inferenciais conscientes são realizados pelo indivíduo, em um processo mental de identificar intencionalmente as emoções, motivações e pensamentos do outro que subjazem seus comportamentos.

Em um estudo qualitativo no qual foram identificados fatores facilitadores e dificultadores da experiência de perdoar, Pinho e Falcone (2018) encontraram evidências da importância da capacidade de compreender o evento ofensivo pela perspectiva do ofensor para reduzir a mágoa e alcançar o perdão. Isso aponta a importância da capacidade de compreender a experiência interna do outro para além de seu comportamento manifesto. A habilidade empática pode regular a intensidade da mágoa e mediar os conflitos interpessoais.

Desse modo, defende-se que promover a capacidade de um indivíduo de compreender a vivência interna do interlocutor é um recurso central para a regulação emocional da mágoa e da culpa decorrentes das relações interpessoais. No primeiro caso, mediante a habilidade empática o indivíduo pode ativar deliberadamente processos cognitivos para compreender as razões, emoções, comportamentos e pensamentos daquele que lhe magoou, o que induziria sentimentos compassivos e alívio emocional. No segundo caso, a empatia pode auxiliar na compreensão do ponto de vista do outro e da própria responsabilidade, favorecendo uma ação altruísta adequada às reais necessidades deste, em vez de presumidas.

Ao ressaltar o papel da habilidade empática para o manejo de experiências emocionais dolorosas provenientes das interações interpessoais, acreditamos que a adoção da perspectiva do outro, em vez de uma perspectiva autofocada, é um fator essencial para a autorregulação emocional. Por exemplo, em termos de mágoa e perdão, um dos participantes da pesquisa de Pinho e Falcone (2018) relatou que perdoou um amigo que não queria fazer um trabalho em dupla com ele, ao compreender o seu posicionamento. O participante avaliou que seu amigo era muito disciplinado, ao contrário dele, e por isso deve ter ficado preocupado de ter de carregá-lo “nas costas”. Assim, tomar a perspectiva do outro, em vez de focar na própria mágoa, resultou em perdão.

Acreditamos que outro fator, identificado na literatura cognitivo-comportamental como “ditadura dos deverias” ou “imperativos”, esteja associado a emoções desagradáveis experienciadas nos relacionamentos. Declarações do tipo “deveria” podem ser compreendidas como distorções cognitivas nas quais o indivíduo acredita ter uma ideia exata de como ele e os outros deveriam se comportar e superestima quão ruim é quando essas expectativas não são preenchidas (BECK, 2013, 2022). Em geral, essa forma de pensamento distorcido gera atitudes automáticas, sem reflexão, que impedem a ponderação de comportamentos alternativos (FREEMAN & DEWOLF, 2016). A reestruturação



cognitiva de pensamentos caracterizados pelos imperativos seria outro recurso para manejar a experiência da mágoa e da culpa.

A reestruturação cognitiva é uma das estratégias terapêuticas que afetam a intensidade e o desconforto da experiência emocional, sendo assim considerada uma intervenção relevante para a regulação emocional (LEAHY et al., 2013; ORNELAS, 2020). No caso da mágoa, uma maneira de aliviar a dor emocional seria mudando as exigências sobre como os outros deveriam agir, compreendendo que as pessoas não têm a obrigação de ser da maneira como queremos que elas sejam. Outra forma seria explorar as diversas razões explicativas da ofensa percebida. Isso preveniria muitas das frustrações vivenciadas nos relacionamentos íntimos.

Na literatura psicológica sobre o perdão, Luskin (2007) chama os “imperativos” de “regras não executáveis”. O autor discute que uma forma de ganhar resistência sobre mágoas futuras é abrir mão de tais regras. As regras não executáveis seriam aquelas que criamos para os outros seguirem e que não temos, porém, controle algum sobre elas. Quanto maior o número de regras que o indivíduo “cria” para os outros, maiores serão as chances dessas regras não serem atendidas, levando a frustrações e mágoas.

No caso da culpa, uma maneira de aliviar a dor emocional seria por intermédio da redução das exigências pessoais quanto a ser o responsável pelo bem-estar do outro e ter de aliviar sua dor. Isso possibilita o entendimento de que a felicidade dos outros está fora do próprio alcance para melhorar a situação. Além disso, a necessidade do outro, muitas vezes, é diferente do que se presume. Esta pode ser uma forma eficaz de reestruturar os “imperativos”, para a culpa, a partir de uma reflexão realista sobre o que o outro precisa naquele momento, bem como de não ter o recurso para ajudar e nem de ser o responsável pelo sofrimento do outro.

A partir do exposto, acredita-se que o terapeuta cognitivo-comportamental pode se valer de técnicas de reestruturação cognitiva dos imperativos, a fim de ajudar os clientes a regularem as próprias emoções de mágoa e/ou culpa decorrentes das relações. Em um caso, modificando as regras que eles criam para os outros; no outro caso, modificando as autorregras. Por exemplo, um indivíduo tem a crença de que “sou melhor sucedido que outras pessoas e, por causar sofrimento a elas, devo resolver seus problemas” e, se vê diante de uma situação em que seu irmão fica desempregado e está em busca de um novo emprego. Embora o cliente possa fazer algo para ajudar, ele não é o responsável pelo desconforto do irmão nem por arranjar uma nova oportunidade. Nesse sentido, seria válido reatribuir a responsabilidade do cliente diante da situação e avaliar os recursos realmente disponíveis para auxiliá-lo. Para isso, poderiam ser listados fatores relacionados ao seu sofrimento e elencadas alternativas de ajuda viáveis para o cliente.

## MÁGOA E PERDÃO - CULPA E ALTRUÍSMO

O manejo da mágoa, por meio da promoção da empatia e da reestruturação cognitiva, pode favorecer o processo do perdão interpessoal. Este processo é caracterizado pela substituição de emoções, pensamentos e comportamentos negativos em relação a um ofensor por respostas emocionais, cognitivas e comportamentais mais positivas (PINHO & FALCONE, 2018).

Quando um indivíduo se percebe como vítima de uma ofensa interpessoal, é comum que experiencie raiva, tristeza, mágoa, vergonha etc., que atribua a ofensa a defeitos morais do interlocutor e que tenha comportamentos de se afastar ou se vingar do outro. Ao vivenciar um processo de reenquadramento da ofensa e de adoção da perspectiva do ofensor, a mágoa pode ser reduzida ou eliminada e o indivíduo pode alcançar o perdão ao outro. Ao perdoar, as emoções se tornam mais compassivas e conciliatórias, a maneira de ver o ofensor se torna mais realista e menos estereotipada e os comportamentos são mais benevolentes.

Um aspecto que ainda não está estabelecido empiricamente é se a promoção do perdão traz benefícios pessoais para além da redução da mágoa. De qualquer forma, superar a mágoa e/ou alcançar o perdão é uma maneira de encontrar alívio para a dor decorrente de injustiças percebidas. A promoção da empatia e a reestruturação cognitiva são recursos disponíveis para ambos os propósitos (PINHO & FALCONE, 2020). Cabe ao cliente definir a sua meta: aliviar a sua dor apenas, ou alcançar o perdão em relação ao ofensor.

Embora a culpa possa levar ao altruísmo, este poderia ser disfuncional, uma vez que o sentimento estaria relacionado a crenças distorcidas sobre ser o causador do infortúnio do outro. Neste caso, crenças de ser a fonte de sofrimento àquele que ajuda, e também, prejudicial ou ineficaz àquele que se procura ajudar (O'CONNOR et al., 2011). Nesse sentido, o manejo desse sentimento, por meio da promoção da empatia e da reestruturação cognitiva, pode favorecer os comportamentos pró-sociais, os quais dependem da capacidade de regulação emocional. Assim, a ajuda prestada tem mais chances de ser eficaz, uma vez que se toma a perspectiva do outro e pode-se atender a sua necessidade genuína, e por essa se dar de forma espontânea e não por assumir a responsabilidade pelo bem do outro. A ajuda seria motivada por sentimentos de preocupação, simpatia, solidariedade etc. e envolveria uma avaliação mais adequada da possibilidade de prestá-la ou não, trazendo menos sofrimento e sendo mais efetiva.

Recentemente, identificamos uma proposta psicoterapêutica relativamente nova que objetiva a promoção da regulação emocional: a Terapia Focada na Compaixão (TFC), desenvolvida por Paul Gilbert (2009a). Essa abordagem se alinha ao objetivo aqui proposto de identificar intervenções para o manejo de emoções dolorosas provenientes das relações interpessoais.

A TFC é uma abordagem integradora, inspirada na psicologia evolucionária, social, desenvolvimental, budista e nas neurociências, que postula o treinamento da mente compassiva. A compaixão é uma habilidade que influencia os sistemas de regulação do afeto e que possui efeitos imunológicos e neurofisiológicos (GILBERT, 2009a; NEFF & GERMER, 2019), sendo a sua promoção o pilar da prática em TFC.

## A TERAPIA FOCADA NA COMPAIXÃO

A TFC parte do princípio de que compreender os processos psicológicos e neurofisiológicos humanos, conhecer que tipo de espécie somos e de onde viemos são aspectos importantes para o cultivo de uma mente compassiva (GILBERT, 2009b). Teríamos três sistemas de regulação de afeto: o sistema de proteção e detecção da ameaça; o sistema motivacional; e o sistema de segurança.

Todos os seres vivos evoluíram com sistemas de detecção da ameaça e de proteção. Sua função é perceber perigos rapidamente e levar a uma ação protetiva. Os animais também dependem dos sistemas motivacionais e emocionais que os direcionem para a busca de recursos importantes à sobrevivência. Além disso, os animais possuem um sistema afiliativo, de contentamento e segurança, que é ativado quando estão seguros e com recursos suficientes (GILBERT, 2009a).

Gilbert (2009a) observa que um problema comumente encontrado nos transtornos emocionais é a superativação dos sistemas de detecção da ameaça e motivacionais, além do sistema de segurança ser insuficientemente acessado. Assim, a TFC se fundamenta na compreensão de que esses três sistemas podem estar funcionando de forma desequilibrada e que a sua regulação seria o objetivo da terapia. O treino da mente compassiva (TMC) é central para esse propósito. O terapeuta ajuda o cliente a desenvolver os atributos da compaixão pelo eu e pelos outros (SCHÜTZ, 2023).

Nesse processo terapêutico, treinam-se habilidades compassivas a partir de intervenções cognitivo-comportamentais tradicionais; a partir de treino da atenção sobre necessidades ou qualidades positivas do alvo; através de técnicas de imagem, dentre outras. As imagens e pensamentos, assim como os estímulos externos, ativam diferentes partes do cérebro. Através do TMC, o indivíduo pode ativar o sistema de segurança, que traz bem-estar, alívio e senso de conexão com os outros (GILBERT, 2009a; NEFF & GERMER, 2019).

A TFC também ressalta a humanidade comum compartilhada pelos indivíduos. Todos estamos em busca do bem-estar e somos movidos a nos afastar do desprazer. Possuímos mais semelhanças que diferenças. Temos um mesmo passado evolucionário que moldou a estrutura e o funcionamento dos nossos cérebros, todos somos vulneráveis a doenças, todos precisamos estar conectados e pertencentes a um grupo, todos cometemos erros etc. (GILBERT, 2009b).

Ao enfatizar as similaridades, em vez das diferenças, a TFC promove identificação com o outro e favorece a empatia. Assim, nota-se o potencial desta perspectiva para a promoção da regulação emocional. Por meio da compreensão e aceitação da humanidade compartilhada, e do entendimento dos processos que governam o funcionamento da nossa mente, podemos perceber quão comum é cada experiência emocional, o que pode trazer maior capacidade de modulação afetiva, assim como facilitar a regulação da mágoa e da culpa (GILBERT, 2009b).

Sendo a TFC uma abordagem relativamente nova, a quantidade de ensaios clínicos randomizados bem delineados ainda é escassa. Contudo, algumas pesquisas já evidenciam a sua efetividade como uma intervenção psicoterapêutica para a redução do autocriticismo e o aumento do bem-estar psicológico (LEAVISS & UTTLEY, 2015; NEFF & GERMER, 2019).

## PSICOTERAPIA E REGULAÇÃO EMOCIONAL

Após a discussão teórica, objetiva-se agora apresentar recursos práticos que podem ser usados pelo terapeuta cognitivo-comportamental para auxiliar a parcela de sua clientela que chega com a demanda de obter alívio para a mágoa causada por alguém próximo e/ou para a culpa que experimenta ao ver alguém sofrendo.

### A REGULAÇÃO EMOCIONAL DA MÁGOA

Serão discutidos quatro recursos clínicos relevantes para o manejo da mágoa: o acolhimento empático; a promoção da empatia pelo ofensor; a promoção da empatia para com a humanidade; e a reestruturação cognitiva. Os três primeiros recursos foram utilizados em programas de intervenção para a promoção do perdão interpessoal, identificados a partir de uma revisão sistemática da literatura realizada por Pinho e Falcone (2015). O quarto elemento foi inferido a partir do estudo da literatura e da observação clínica.

Pinho e Falcone (2015) trabalharam com uma amostra bibliográfica de vinte artigos e identificaram o componente empático como o elemento “ativo” em 90% das intervenções para a promoção do perdão. A empatia aparece, na postura do terapeuta de acolhimento da mágoa do cliente; aparece também como uma capacidade cognitiva que o terapeuta ajuda o cliente a promover, no sentido de melhor compreender seu ofensor e, conseqüentemente, vir a sentir compaixão pelo mesmo. A empatia é ainda induzida pela reflexão do cliente sobre os próprios erros passados, o que o faz sentir-se mais próximo ao ofensor, no sentido da humanidade comum compartilhada. Finalmente, a empatia, a partir da tomada da perspectiva do ofensor aparece como processo facilitador da reestruturação cognitiva acerca da ofensa sofrida.

O acolhimento empático é a capacidade do terapeuta de ouvir com atenção genuína e validar os sentimentos e necessidades do cliente vitimado, em um ambiente isento de julgamentos, bem como de demonstrar, através de gestos e palavras, que compreende, se importa e está disponível para ajudar. No início do processo terapêutico, os psicoterapeutas utilizam em suas práticas a recordação ativa da ofensa e o contato da vítima com sua dor, para que esta possa ser sentida e expressada, a fim de que suas emoções sejam reconhecidas, validadas e, posteriormente, elaboradas (PINHO & FALCONE, 2015).

Assim, a atitude empática do terapeuta à revelação do sofrimento do cliente, aliada à experiência emocional deste último, ativada pelas memórias da ofensa, com posterior avaliação de seus significados, permitem que a mágoa seja reelaborada, favorecendo a regulação emocional. Neste processo, as emoções são ventiladas e apaziguadas.

Este processo, explicado pela TFC, pode ser compreendido a partir das neurociências. Através da relação terapêutica compassiva, o profissional mexe com os sistemas de regulação do afeto do cliente, ativando especialmente o sistema afiliativo, de conexão, segurança e contentamento (LEAVISS & UTTLEY, 2015). A compaixão que sentimos do outro em direção a nós, expressa por meio de ações de cuidado e de validação, regula o nosso afeto negativo, fomentando segurança (GILBERT, 2009b).

O desenvolvimento da empatia da vítima pelo ofensor é um componente central das intervenções que visam à promoção do perdão interpessoal. Esse processo é considerado árduo e trabalhoso e costuma levar tempo. Geralmente chega um momento em que a vítima se dá conta dos prejuízos que a mágoa está lhe trazendo e decide trabalhar para superá-la (PINHO & FALCONE, 2015). A partir de então, o terapeuta auxilia a vítima na adoção da perspectiva do ofensor e no reenquadramento da ofensa.

É a partir de um novo olhar para o ofensor e a ofensa, mais empático e compassivo, que a mágoa é reduzida. Esse reenquadramento pode começar pelo terapeuta convidando o cliente a examinar o evento ofensivo pelo ângulo do transgressor. Por exemplo, usando a descoberta orientada (PINHO, 2014): *Por que você acha que ele/ela agiu assim? Você acha que ele/ela está passando por um momento difícil na vida? O que você sabe sobre sua história de vida? Você já o/a viu agindo assim com outras pessoas e percebeu que não é pessoal? Você já agiu dessa mesma maneira em algum momento? O que estava ocorrendo com você? Será que é o caso dele/dela? Existem fatores atenuantes que ajudam a compreender o seu comportamento?*

A autorrevelação pessoal (PINHO, 2014) também pode ser útil para o paciente se dar conta de que existem várias maneiras de perceber e interpretar um mesmo evento. O terapeuta pode contar alguma experiência pessoal de conflito interpessoal

que lhe gerou mágoa e como foi resolvida quando teve a oportunidade de dialogar com aquele que lhe magoou e ambos puderam esclarecer o ocorrido. Isso leva a pessoa a perceber que compreendemos melhor o interlocutor quando temos a oportunidade de contrastar nosso ponto de vista com o dele.

Técnicas experienciais são muito poderosas para a promoção da compaixão pelo outro, o que desloca os sentimentos de mágoa. O uso de cartas (não enviadas) é um recurso interessante. O cliente é instruído a escrever uma carta ao ofensor, expressando o impacto negativo que seu comportamento teve sobre si (SCHÜTZ, 2023). Após, outra carta é escrita pelo cliente, dessa vez a partir da perspectiva do ofensor, colocando suas razões (PINHO, 2014). É uma oportunidade de elaboração das emoções em um nível cognitivo e afetivo.

O que se objetiva é reduzir a mágoa a partir da consideração das variáveis do ofensor que subjazem o seu comportamento. Que emoções, motivações, crenças, cicatrizes emocionais, autorregras, distorções cognitivas, podem estar por trás daquela ação ofensiva? Isso ajuda a trazer inteligibilidade ao evento ocorrido e manejo das emoções. Não significa resignação. Não é uma postura passiva de aceitar qualquer tratamento interpessoal. É uma postura ativa de buscar autorregulação emocional.

A compaixão pelo ofensor não é um fenômeno que tende a ocorrer naturalmente após uma ofensa interpessoal. Conforme discutido por Falcone (2012), em casos de mágoa e conflitos, o esperado é que o indivíduo precise fazer um esforço mental deliberado considerável para adotar a perspectiva do outro e, assim, desenvolver sentimentos compassivos. Os recursos apresentados acima focam esse propósito.

O terceiro recurso para a redução da mágoa a ser apresentado neste capítulo é o que chamamos de empatia para com a humanidade. Seria a aceitação de que todos nós compartilhamos da mesma natureza humana, que é falha, imperfeita e sujeita a erros. A capacidade de compreender que conflitos interpessoais são inerentes aos relacionamentos – o que implica que eventualmente seremos magoados em nossas relações e que também podemos vir a ferir outras pessoas, mesmo sem a intenção – possibilita que as pessoas sejam mais compassivas perante os erros dos outros e se magoem com menos frequência (Pinho & Falcone, 2015; PINHO & FALCONE, 2018).

A revisão da literatura realizada por Pinho e Falcone (2015) indica que esse é um aspecto considerado nas intervenções para a promoção do perdão, nas quais as vítimas são levadas a refletir sobre seus próprios erros passados e/ou sentir gratidão por ter recebido o perdão de outras pessoas no passado. Obviamente, ajudar os clientes que sofrem com mágoas a sentirem empatia por um ofensor, em específico, ou pela humanidade, de modo geral, pode ser invalidante se ocorrer no início do processo terapêutico. Deve já haver um bom vínculo terapêutico e a dor

da vítima deve já ter sido legitimada e amenizada. Então, com sensibilidade clínica, o psicoterapeuta pode propor a reflexão sobre como nós também falhamos com os outros. Ele pode dar exemplos pessoais e pedir que o cliente também o faça, a fim de criar identificação com toda a humanidade.

Uma contribuição ímpar para esse propósito, porém, vem da literatura da TFC. A psicoeducação e as técnicas propostas por esta abordagem integrativa promovem um senso de humanidade compartilhada (NEFF & GERMER, 2019). A visão evolucionista sobre a espécie humana, sobre o funcionamento e a estrutura do cérebro, e sobre os processos psicológicos que orquestram nossa mente, dá ênfase às semelhanças entre os indivíduos. Não escolhemos nossos genes, nem as doenças que teremos, nem as circunstâncias sociais que modelam nosso cérebro e nossa expressão genética. Não escolhemos onde nascemos; a família, a cidade, o momento histórico, o grupo social etc. (GILBERT, 2014). Essa visão sobre o ser humano é dividida com o cliente e isso por si só já cria identificação com uma “humanidade comum” e facilita a compaixão.

A TFC usa criativamente uma variedade de técnicas de respiração, imaginárias, cognitivas e de treino da atenção em aspectos positivos para a promoção da mente compassiva (GILBERT, 2009b; 2014). Essas intervenções auxiliam o paciente a contextualizar seu sofrimento como parte da condição humana e não como algo pessoal, o que favorece a regulação da mágoa.

Uma técnica interessante que pode ser adaptada para a regulação da mágoa é o diálogo interno entre as diferentes partes do self (SCHÜTZ, 2023). O terapeuta pode dar voz a diferentes partes do paciente para explorar diferentes maneiras de lidar com um mesmo problema. Assim, por exemplo, a parte revoltada, a parte magoada, a parte crítica e a parte sábia/compassiva poderiam falar sobre como pensam, como se sentem etc. Com esse exercício, a parte que carrega a dor terá a chance de ser ouvida e validada. A voz compassiva deveria ser a última, quando as emoções estarão melhor reguladas, permitindo olhar com mais clareza para a questão interpessoal e possibilitando uma perspectiva nova e mais realista para a situação da ofensa (GILBERT, 2014).

Por fim, a reestruturação cognitiva é outro recurso para trabalhar a mágoa (PINHO & FALCONE, 2020). É importante perceber que tudo o que foi abordado acima leva direta ou indiretamente à reestruturação cognitiva. Ou seja, os recursos apresentados promovem uma maneira alternativa de ampliar e ressignificar o sofrimento, a ofensa, o ofensor e a humanidade em geral.

Contudo, agora se pretende abordar a reestruturação cognitiva de um erro de pensamento mais específico, os imperativos. Por exemplo: “as pessoas devem atender as minhas demandas e expectativas” é um imperativo que pode levar à mágoa sempre que a regra não é cumprida. Conforme discutido por Luskin (2007), as regras não executáveis levam à constante frustração nas relações interpessoais,

pois são criadas arbitrariamente para os outros seguirem e sobre estas não se tem controle. As regras deveriam ser substituídas por desejos.

Esse tipo de distorção cognitiva pode levar a experiências de mágoa interpessoal que poderiam ser evitadas, caso a maneira de pensar fosse diferente. Assim, é um importante aspecto de intervenção para manejo da mágoa quando o clínico observa que a dor emocional provém da frustração de uma expectativa pessoal não razoável sobre o comportamento dos outros. Além de prevenir adversidades relacionais futuras, a reestruturação cognitiva dos imperativos pode ser “curativa”, no sentido de proporcionar uma nova maneira de entender um evento ofensivo atual.

Desse modo, o psicoterapeuta cognitivo-comportamental pode fazer amplo uso da descoberta guiada para ajudar o cliente a abrir mão de suas regras não executáveis. Por exemplo: *por que as pessoas deveriam agir de acordo com a nossa vontade? Quem criou essa regra? Essa regra serve para quê e para quem? As pessoas devem agir em prol dos nossos interesses ou em prol dos interesses delas? O que o outro fez é moralmente errado ou é apenas diferente do meu desejo? Eu posso aceitar que nem sempre as pessoas vão agir da maneira que eu prefiro? Eu sempre atendo às demandas dos outros? Por que os outros deveriam sempre atender às minhas? Quais as evidências de que as minhas regras são a melhor forma de agir?*

A TFC, com sua base na teoria evolucionista e nas neurociências, tem um importante papel psicoeducativo que provê uma *racionalidade* para abrir mão dos imperativos. Cada indivíduo possui sistemas motivacionais que o impulsionam a buscar recursos específicos e a evitar ameaças para sua integridade (GILBERT, 2014). Compreender que cada pessoa está buscando alcançar os próprios objetivos e se afastar daquilo que lhe é desprazeroso, assim como nós o fazemos, nos levam a reconsiderar a ideia de que os outros *devem* agir em prol do que é melhor para nós.

Em suma, a experiência da mágoa é uma vivência emocional muito comum e os clínicos devem dispor de recursos para auxiliar os clientes que chegam com esse tipo de queixa. O acolhimento empático na relação terapêutica, a promoção da empatia da vítima por um ofensor específico e pela humanidade, de modo geral, bem como a estratégia da reestruturação cognitiva, são recursos que o terapeuta cognitivo-comportamental está habilitado a empregar para a regulação emocional da mágoa (PINHO & FALCONE, 2020).

A TFC, intuitivamente, está muito alinhada a essa proposta e pode contribuir enormemente com sua teoria e prática integradoras para o manejo da mágoa. Essa abordagem orienta o uso de habilidades cognitivas do cérebro novo para manejar com emoções e motivações do cérebro antigo (GILBERT, 2009a; 2014). Contudo, salienta-se tratar de propostas clínicas que merecem pesquisas futuras para serem consideradas como uma prática baseada em evidências. Conforme apontaram



Leaviss e Uttley (2015), estudos futuros precisam identificar se a promoção da compaixão é um componente “ativo”, responsável pela melhora clínica adicional aos efeitos da terapia tradicional.

## A REGULAÇÃO EMOCIONAL DA CULPA

Regular a culpa tem muitos pontos em comum com o gerenciamento da mágoa. No entanto, enquanto na mágoa se busca a experiência da empatia e compaixão para com outra pessoa, no caso da culpa, esse trabalho será direcionado para o próprio cliente, uma vez que, nas situações abordadas nesse capítulo, as necessidades e bem-estar do outro são a fonte dessa emoção. Para isso, serão discutidos os seguintes recursos clínicos que parecem ser ferramentas relevantes para esse trabalho: acolhimento empático, treinamento de empatia, promoção da autocompaixão e reestruturação cognitiva.

A culpa patológica envolvida no altruísmo disfuncional se baseia em crenças distorcidas acerca da responsabilidade sobre o bem-estar dos outros e sobre os próprios recursos para ajudá-los. A terapia cognitivo-comportamental tradicional tem como foco a reestruturação de pensamentos e crenças distorcidos a partir de técnicas que se provaram eficazes para diversos transtornos psicológicos e dificuldades (BECK, 2013, 2022; GREENBERGER & PADESKY, 2017). No entanto, as estratégias de desenvolvimento e de treinamento de hetero e autocompaixão podem ser complementares ao manejo da culpa, auxiliando o cliente a lidar de maneira alternativa com seus pensamentos e experiências internas (RIJO et al., 2014).

A compaixão é um elemento importante na regulação afetiva. Não somente sua expressão, mas também, a partir da demonstração dos outros para consigo. O acolhimento empático do terapeuta deve envolver uma postura compassiva na relação terapêutica, demonstrando compreensão para com o sofrimento do cliente, sem julgamento, mas considerando suas necessidades e desejos, os quais também são importantes. Assim como os comportamentos pró-sociais foram importantes para a manutenção da espécie, a competição também é fundamental para esse objetivo. Ou seja, a sobrevivência dos seres humanos depende da habilidade de identificar quando é necessário lançar mão da colaboração e quando é preciso entrar em competição (OLIVA, 2012). Esse pode ter sido um dos motivos do desenvolvimento do alto nível de inteligência humana (MCNALLY et al., 2012).

Nesse sentido, a conduta do terapeuta pode facilitar o entendimento de que as próprias necessidades são importantes e precisam ser identificadas e atendidas, quando possível. A mudança na experiência das emoções acontece após aceitação e vivência destas, não somente através do discurso, da compreensão de sua origem ou reestruturação de crenças (de Lana, 2020). Assim, expressar acolhimento, disponibilidade e a compaixão para com o sofrimento do cliente e

seus desejos, pode favorecer que este receba o cuidado necessário que, muitas vezes, não se permite receber. Dessa forma, o acolhimento empático favoreceria o foco nas necessidades e no cuidado pessoal do cliente, além de promover o desenvolvimento da autocompaixão. Portanto, a relação terapêutica compassiva pode favorecer o equilíbrio entre os sistemas propostos pela TFC: o sistema de defesa-ameaça, o sistema de procura de recursos e de recompensas (*drive*) e o sistema afiliativo (*soothing*). A relação terapêutica pode tranquilizar e acalmar o cliente através da vinculação, transmitindo-lhe segurança e tranquilidade além de, aumentar a sensação de proteção e de bem-estar e, principalmente, criar sentimentos positivos que o encorajem a buscar recursos importantes e sensação de prazer (GILBERT, 2009a, 2014; RIJO et al., 2014). O acolhimento empático pode equilibrar esses sistemas para o cliente, levando à maior regulação emocional.

O segundo recurso fundamental no manejo da culpa é a promoção da empatia. Essa habilidade é um importante precursor do altruísmo e de outros comportamentos pró-sociais. Como exposto anteriormente, a empatia requer habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais. O contágio emocional pode desencadear intensamente emoções voltadas para o outro e suscitar a urgência de ajudá-lo. Contudo, é necessária uma inibição dessa resposta e sistematização das informações, para que, através da tomada de perspectiva, se possa fazer uma avaliação realista da real necessidade da ajuda, assim como do “custo-benefício” da mesma e de como prestá-la nos termos do outro (FALCONE, 2012; RICARD, 2015; DE WAAL, 2010). Em seu estudo com adolescentes desvinculados de grupos armados ilegais, Gómez-Tabares (2019) encontrou que a conduta prosocial altruísta pode ser explicada, em parte, pelo manejo de emoções negativas, assim como a tomada de perspectiva é um importante preditor positivo da tendência prosocial anônima.

A empatia é uma habilidade inata, sendo observada em outras espécies de mamíferos e apresentando indícios desde os primeiros momentos de vida. Embora haja diferenças individuais na capacidade em se sensibilizar pelo sofrimento do outro e em sua expressão, esta contém um componente aprendido (FALCONE, 1998; KESTENBERG, 2010; de WAAL, 2010). O treinamento da empatia visa o desenvolvimento de competências cognitivas (tomada de perspectiva e flexibilidade interpessoal) e afetivas (sensibilidade afetiva e altruísmo) (FALCONE, 1998; KESTENBERG, 2010). Contudo, por vezes, o componente afetivo da empatia se mostra estável ao longo do treinamento (KESTENBERG, 2010). Os aspectos afetivos são mais primitivos e requerem menos aprendizagem, carecendo de regulação por meio de processos cognitivos (PRESTON & DE WAAL, 2002) e, por isso, boa parte das intervenções tem foco em processos cognitivos ou comportamentais (KESTENBERG, 2010).

Uma via de acesso à empatia é mais automática, sendo uma resposta rápida ao contágio emocional (FALCONE, 2012). Provavelmente, esse processamento mais instantâneo junto a crenças distorcidas sobre a necessidade e responsabilidade em ajudar, podem estar relacionados à experiência da culpa nas relações interpessoais. A decisão de ajudar, de forma altruísta, de fato, se dá mais comumente por intermédio de processamentos mais rápidos e automáticos (OAKLEY, 2014), além de que o componente emocional da empatia parece explicar positivamente grande parte da variação no comportamento prosocial (GÓMEZ-TABARES, 2019). Contudo, é necessário que a tomada de perspectiva atue no sentido de regular o afeto para uma avaliação mais realista da situação do outro e para que o comportamento apresentado não seja disfuncional.

Portanto, o treinamento da habilidade empática com foco em seus componentes cognitivos pode ser útil para indivíduos com crenças distorcidas nesse sentido. Dessa forma, eles poderiam compreender melhor a necessidade da outra pessoa e prestar a ajuda de acordo com os termos do outro, sendo mais eficaz e trazendo menos prejuízos a ambos. Além disso, a tomada de perspectiva auxiliaria no manejo da culpa, ao favorecer um entendimento mais adequado da situação e da própria responsabilidade sobre a mesma.

De acordo com a TFC, o cérebro humano é produto de mudanças e adaptações de estruturas mais antigas, sendo dividido em três unidades funcionais e diferentes problemas psicológicos poderiam surgir pela interação entre os sistemas mais arcaicos e mais recentes. No caso da culpa, estruturas mais antigas, pertencentes ao cérebro dos mamíferos inferiores, assumiria o comando do processamento das informações. Essa unidade inclui o sistema límbico que tem, como maior responsabilidade, os comportamentos de procura e prestação de cuidados. Contudo, o cérebro racional, que engloba o neocórtex e córtex telencefálico, e que exige um processamento mais lento e intencional, fica embotado e exerce pouca influência nessa experiência (RIJO et al., 2014).

Nesse sentido, as técnicas de regulação do afeto propostas pela TFC podem ser de grande utilidade para o manejo da culpa. Essa abordagem psicoterápica propõe que a compreensão para com o “eu”, uma postura não julgadora dos próprios erros, a apreensão clara das situações e a adoção de ações mais apropriadas para consigo e com o meio aumentam a capacidade de autotranquilização e autocompaixão, promovendo maior saúde psicológica e relações mais colaborativas. Portanto, a terapia visa à ativação do sistema afiliativo, o qual produz uma sensação de tranquilidade e vinculação, em equilíbrio com os sistemas de proteção e busca de recursos e recompensas (PENIDO & MARQUES, 2020; RIJO et al., 2014). O principal pressuposto é de que a experiência interna age como um estímulo externo, portanto, é necessário estimular estados e emoções como contentamento, tranquilidade e segurança para experimentá-

las (GILBERT, 2014). Por isso, um terceiro recurso para a regulação emocional da culpa poderia ter como objetivo a promoção da autocompaixão.

A compaixão envolve três construtos: (1) gentileza (entender as dificuldades e ser gentil e caloroso com as falhas); (2) humanidade comum e aceitação *mindful*, (compreensão e aceitação de que todos os seres humanos possuem aspectos comuns, com sofrimentos e uma existência passível de erros); e (3) autocompaixão, (foco nas similaridades entre os humanos) (GILBERT, 2014). Assim, haveria o desenvolvimento de um entendimento de que o sofrimento faz parte dessa humanidade e é comum a todos. Essa mudança de perspectiva pode favorecer a promoção de maior empatia, tolerância e compaixão e a substituição de julgamentos e comportamentos críticos por acolhimento e compaixão pelo outro e por si mesmo (RIJO et al., 2014). Em outras palavras, sofrer faz parte da nossa experiência e não podemos acabar com o sofrimento de todas as pessoas, além de que causar sofrimento a alguém pode, muitas vezes, não ser algo intencional ou ser fruto de um erro.

Estudos realizados com indivíduos que praticam meditação demonstram que esses desenvolvem menos psicopatologias como Transtorno do Estresse Pós-traumático e *Burnout* do que aqueles que não têm essa prática. A meditação tem, então sido apontada como uma intervenção que pode favorecer a regulação emocional (KLIMECKI & SINGER, 2011; O'CONNOR et al., 2011; RICARD, 2015; VALIM et al., 2019). Um dos fatores discutidos como relacionado a esse efeito é a crença que os praticantes de determinadas religiões e meditações desenvolvem de que todos somos interdependentes, ou seja, ninguém é independente ou permanente. Essas seriam crenças realistas que enfatizam nossas limitações e necessidade de que todos precisamos uns dos outros (O'CONNOR et al., 2011). Nesse sentido, seria mais fácil entender a própria responsabilidade sobre o bem-estar do outro e sobre o próprio, percebendo que não se pode ser o único responsável pelo bem do outro e entendendo as próprias limitações em cuidar deste. A TFC, por vezes, se utiliza de técnicas de meditação que visam, principalmente, ativar a experiência da compaixão, seja para si ou para com os outros (PENIDO & MARQUES, 2020).

Algumas técnicas da TFC podem ser muito relevantes nesse sentido. Através de técnicas cognitivas, comportamentais e imaginárias, o terapeuta pode ajudar o cliente a desenvolver atributos e habilidades compassivos direcionados a si. Estas podem envolver o redirecionamento da atenção para atributos positivos do cliente, de modo a criar sentimentos calorosos, de gentileza e solidários ou favorecendo a apreciação e gratidão por uma experiência; o aprimoramento do raciocínio compassivo, a partir de uma nova compreensão do mundo, dos outros e de si, substituindo pensamentos críticos por pensamentos gentis; o encorajamento de comportamentos compassivos, trazendo o foco para seu esforço, mais do que

no resultado e expondo-o a atividades prazerosas; a utilização de técnicas de imagem para gerar sentimento de autocompaixão (GILBERT, 2009a).

Todas as intervenções utilizadas na terapia auxiliam na promoção de uma mente compassiva. Como mencionado, técnicas vivenciais podem facilitar o diálogo entre diferentes partes do *self*, o que incentiva que o cliente olhe para a própria experiência e comportamento com compaixão, ainda que possa dialogar com sua parte exigente, por exemplo (GILBERT, 2014). Desse modo, em vez de sua parte exigente levar à culpa, pode ajudar a ser tolerante com as próprias limitações. Por exemplo, o cliente, diante de uma situação, poderia se perguntar *“como sua parte compassiva vê essa situação e como ela gostaria de agir?”*. Portanto, podem-se gerar pensamentos alternativos e imagens que estimulam o sistema afiliativo, dando origem a sentimentos de contentamento, segurança e tranquilidade (GILBERT, 2009a).

Além dessas intervenções, a TCC padrão também pode contribuir muito a partir da reestruturação cognitiva, sendo esse o quarto recurso para o manejo da culpa. Todo o trabalho envolvendo o acolhimento empático, a promoção da empatia e a autocompaixão já auxiliam no sentido de questionar e reestruturar crenças do indivíduo. Contudo, uma vez que a culpa interpessoal é subjacente a crenças distorcidas sobre a própria responsabilidade, reestruturá-las será uma parte importante do processo psicoterapêutico.

Crenças do tipo “devo ajudar os outros”, “as pessoas não devem sofrer”, “sofrimento é uma experiência horrível e inaceitável”, “tenho que fazer alguma coisa pelos outros”, “eu sou o causador desse sofrimento”, “se eu não ajudar, serei uma pessoa ruim” etc. são alguns exemplos que podem levar à culpa discutida nesse capítulo e a comportamentos de autossacrifício e altruísmo disfuncional. Portanto, técnicas como questionamento socrático, continuum cognitivo, consideração de alternativas, reatribuição de responsabilidade e autoperdão podem favorecer a flexibilização destas crenças (BECK, 2013, 2022; FREEMAN & DEWOLF, 2016; GREENBERGER & PADESKY, 2017).

Essas crenças envolvem, principalmente, uma distorção cognitiva nomeada “imperativos” ou “ditadura dos deverias” (BECK, 2013, 2022). Esta gera um senso de obrigação para com as regras desenvolvidas e faz com que o indivíduo desenvolva reações automáticas diante das situações, sem que leve em consideração comportamentos alternativos mais adequados ao contexto. O trabalho de reestruturação envolve, então, uma interpretação mais realista da situação e a criação de opções às regras autoimpostas (FREEMAN & DEWOLF, 2016).

Técnicas como questionamento socrático e descoberta guiada podem ajudar o terapeuta a ampliar as possibilidades do cliente, em vez de ele acreditar em uma única solução possível. Por exemplo, perguntar qual seria a melhor maneira de lidar com a situação do outro; quais as consequências de ajudá-lo e de não

ajudá-lo; que evidências confirmam que ajudar é a melhor solução para o outro e para o próprio cliente; qual seria o pior cenário, caso o cliente percebesse que não pode ajudar. Desse modo, essas intervenções visam dar mais opções ao repertório comportamental do cliente e avaliar se a regra em que ele acredita, de fato, é vantajosa para ele (FREEMAN & DEWOLF, 2016).

Para a diminuição da intensidade da culpa, as crenças podem ser questionadas por meio da avaliação da gravidade da situação, do peso da responsabilidade pessoal e do autoperdão. Nesse sentido, pode-se comparar a gravidade de situações diferentes, atribuindo pontuações a cada uma delas, auxiliando o cliente a entendê-la dentro de um *continuum* em que existem situações mais e menos graves, além de poder observar diferentes perspectivas, uma vez que uma situação muito grave para alguém pode não ter o mesmo peso para outra pessoa (GREENBERGER & PADESKY, 2017).

A culpa interpessoal patogênica está relacionada, principalmente a um senso de responsabilidade aumentado para com o bem-estar dos outros. Portanto, pode ser bastante interessante utilizar a técnica da torta de responsabilidade para ajustar esse grau. Diante de uma situação em que o cliente acredita ser o causador do sofrimento do outro, pode-se fazer uma lista de pessoas e aspectos que podem contribuir para isso e dimensionar a porcentagem para cada um deles, deixando a porcentagem da própria responsabilidade por último. Essa técnica favorece a compreensão de que existem outros fatores que influenciam a situação questionada e faz com que crenças como “eu sou o causador do sofrimento do outro” e “o bem-estar do outro depende de mim” sejam flexibilizadas (GREENBERGER & PADESKY, 2017).

Quando a avaliação da culpa e da gravidade apontar para um prejuízo real ao outro, é relevante incentivar o autoperdão. Esse pode ser promovido por intermédio da mente compassiva e de técnicas vivenciais como uma carta escrita par si mesmo e de imagens com falas direcionadas para si mesmo (GILBERT, 2009a, 2014; GREENBERGER & PADESKY, 2017). É importante que o cliente compreenda que o dano causado, na maior parte das vezes, não é intencional e que existem momentos em que os interesses podem ser conflitantes, sem que haja uma solução benéfica para todos.

Os recursos discutidos nesse capítulo buscam contribuir para que o cliente desenvolva uma compreensão de que todos os seres humanos têm necessidades que precisam ser consideradas e que a ajuda ao outro depende que avaliemos o custo-benefício desse comportamento e que ao prestar ajuda, essa seja ponderada e de acordo com os termos do outro. Nesse sentido, a psicoterapia poderá favorecer que a compaixão, de fato, flua nas três direções: ao sentir dos outros em relação a si mesmo, a que se sente pelo outro e a que se pode sentir por si, sendo o primeiro e o último fluxos fundamentais para o alívio da culpa. Ademais, estes recursos

podem influenciar o sistema motivacional do cliente, apoiando-o a identificar e buscar o que é, realmente, importante para ele e favorecedor do próprio bem-estar (GILBERT, 2014).

Em resumo, a culpa experimentada nas relações interpessoais é uma queixa presente nos consultórios psicológicos e é relevante que os psicólogos tenham recursos para lidar com ela. O acolhimento empático, a treino da empatia, a promoção de autocompaixão e a reestruturação cognitiva parecem estar alinhados com a regulação emocional da culpa e favorecem a compreensão de pontos de vista diferentes. Nesse sentido, crenças mais realistas e o desenvolvimento da compaixão em suas diferentes direções parecem ser ferramentas importantes.

A TFC pode contribuir muito com os recursos propostos, trazendo contribuições teóricas e técnicas para a regulação emocional da culpa. Ela auxilia que o cliente busque maior equilíbrio entre seus sistemas motivacionais e no desenvolvimento de um processo de pensamento mais ponderado, utilizando habilidades cognitivas do cérebro novo (GILBERT, 2014; RIJO et al., 2014). O manejo dessa emoção pode trazer maior bem-estar para o cliente e beneficiar comportamentos pró-sociais adequados, contribuindo para seus relacionamentos interpessoais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As relações interpessoais são de fundamental importância para o ser humano e possibilitaram a manutenção da espécie. Relacionamentos saudáveis são associados à melhor saúde mental (DE WAAL, 2010; RICARD, 2015). Contudo, estes são complexos e podem, também, envolver experiências emocionais desagradáveis, como a mágoa e a culpa. Estas, apesar de terem funções no jogo social, quando frequentes e/ou altas em intensidade podem ser motivos de busca pela psicoterapia.

A TCC tradicional possui um repertório técnico que tem como foco principal o questionamento e flexibilização de crenças e pensamentos que são subjacentes a essas emoções, auxiliando o desenvolvimento de comportamentos mais funcionais (BECK, 2013, 2022; GREENBERGER & PADESKY, 2017). Sua principal contribuição pode se dar no sentido de identificar e buscar alternativas às distorções cognitivas conhecidas como “imperativos”, que trazem um senso de responsabilidade, obrigação e alta exigência para com outros e/ou para consigo.

Apesar da eficácia da TCC tradicional para diferentes transtornos psicológicos e dificuldades, formas de terapias complementares têm surgido nas últimas décadas, trazendo como principal contribuição a integração entre teorias e práticas diversas e a proposta de não só alterar o conteúdo do pensamento, mas a forma que o cliente se relaciona com suas experiências internas (MELO, 2019). Nesse sentido, a TFC pode favorecer o trabalho com a mágoa e a culpa. Esta tem como objetivo principal a regulação emocional a partir do desenvolvimento da mente compassiva, para

consigo e para com os outros, originando sentimentos positivos e de tranquilização. Portanto, a TFC visa, além da diminuição de sentimentos desagradáveis, o aumento de sensações prazerosas e confortantes (GILBERT, 2009a, 2014; RIJO et al., 2014).

A TFC pode contribuir para a regulação emocional da mágoa e da culpa mediante técnicas que focam a hetero e autocompaixão. As técnicas da TFC envolvem os aspectos cognitivos, comportamentais e experienciais que se levam à compreensão da humanidade comum e da gentileza para com o sofrimento (GILBERT, 2009a, 2014; NEFF & GERMER, 2019). Portanto, ajuda o cliente a lidar de forma diferente com suas experiências desagradáveis e a regular suas emoções, favorecendo comportamentos funcionais como o perdão e o altruísmo.

Finalmente, a TFC pode ser complementar às técnicas da TCC tradicional para a regulação emocional da mágoa e da culpa, tanto por seu arcabouço técnico quando pela relação terapêutica compassiva. O manejo dessas emoções pode trazer maior bem-estar aos clientes que chegam aos consultórios psicológicos com queixas relacionadas e esses sentimentos e contribuir para a qualidade das relações interpessoais. Portanto, a TFC pode ter um papel importante na saúde mental a nível individual e de grupo. Esse capítulo traz contribuições teóricas e práticas à temática, porém, consideramos que são necessários mais estudos empíricos para corroborar essa proposta.

## REFERÊNCIAS

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática*. 3ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

DE LANA, E. “Eu sei, mas não sinto!”: o uso das técnicas experienciais em terapia cognitiva. In: M. R. de Carvalho, E. M. O. Falcone, L. E. N. Malagris & A. D. Oliva (Orgs.). *Produções em terapia cognitivo-comportamental: integração e atualização*. Belo Horizonte: Artesã, p. 99-112, 2020.

DE WAAL, F. *A era da empatia: Lições da natureza para uma sociedade mais gentil*. São Paulo, SP: Companhia das Letras, 2010.

FALCONE, E. M. O. *A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 1998.

\_\_\_\_\_. O papel da tomada de perspectiva na experiência da empatia. In: E. M. O. Falcone, A. D. Oliva & C. Figueiredo (Orgs.). *Produções em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 61-69, 2012.



\_\_\_\_\_; FERREIRA, M. C.; LUZ, R. C. M.; FERNANDES, C. S.; D'AUGUSTIN, J. F.; SARDINHA, A.; PINHO, V. D. de. Inventário de Empatia (IE): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Avaliação Psicológica*, 7(3), p. 321-334, 2008.

FREEMAN, A.; DEWOLF, R. Deve-ser-assim. In: A. Freeman & R. DeWolf, *As 10 bobagens mais comuns que as pessoas inteligentes cometem e técnicas eficazes para evitá-las*. Rio de Janeiro; Guarda-chuva, p. 209-225, 2016.

GILBERT, P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), p. 199-208, 2009a.

\_\_\_\_\_. *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. London: Constable, 2009b.

\_\_\_\_\_. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53, p. 6-41, 2014.

GÓMEZ-TABARES, A. S. Conductas prosociales y su relación con la empatía y la autoeficacia para la regulación emocional en adolescentes desvinculados de grupos armados ilegales. *Revista Criminalidad*, 61(3), p. 221-246, 2019.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. *A mente vencendo o humor: Mude como você se sente, mudando o modo como você pensa*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KESTENBERG, C. C. F. *Avaliação de um programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de enfermagem*. Tese de Doutorado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2010.

KLIMECKI, O., & SINGER, T. (2011). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. In: Oakley, A. Knafo, G. Madhavan & D. S. Wilson (Eds.) *Pathological altruism* (pp. 368-383). Oxford, UK: Oxford University Press.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. *Regulação emocional em psicoterapia: um guia para o terapeuta cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LEAVISS, J.; UTTLEY, L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), p. 927-945, 2015.

LOOS, H.; FERREIRA, S. P. A.; VASCONCELOS, F. C. Julgamento moral: Estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda em relação à emergência do sentimento de culpa. *Psicologia*:

*Reflexão e Crítica*, 12(1), 1999. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18812104>. Acesso em: dia mês ano.

LUSKIN, F. *O Poder do Perdão*. 7ª ed. São Paulo: Francis, 2007.

MCNALLY, L.; BROWN, S. P.; JACKSON, A. L. Cooperation and the evolution of intelligence. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 279(1740), p. 3027-3034, 2012. DOI: 10.1098/rspb.2012.0206.

MELO, W. V. (Org.). *A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real*. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2019.

NEFF, K.; GERMER, C. *Manual de mindfulness e autocompaixão: um guia para construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo*. Porto Alegre: Artmed, 2019.

OAKLEY, B. A. (2014). Empathy in academe: On the origins of pathological altruism. *Academic Questions*, 27(1), p. 48-64, 2014. DOI: 10.1007/s12129-013-9403-2

O'CONNOR, L. E.; BERRY, J. W.; LEWIS, T. B.; STIVER, D. J. Empathy-based pathogenic guilt, pathological altruism, and psychopathology. In: B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan & D. S. Wilson (Eds.) *Pathological altruism*. Oxford, UK: Oxford University Press, p. 10-30, 2011.

OLIVA, A. D. A mente sob uma ótica evolucionista: bases do comportamento pró-social. In: E. M. O. Falcone., A. D. Oliva. & C. Figueiredo (Org.), *Produções em terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, p. 51-59, 2012.

ORNELAS, A. C. C. Protocolo unificado para tratamento em transdiagnósticos. In: M. R. CARVALHO; E. M. O. FALCONE; L. E. N. MALAGRIS; A. D. OLIVA. *Produções em terapia cognitivo-comportamental: integração e atualização*. Belo Horizonte: Artesã, p. 87-97, 2020.

PALUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento das emoções morais: Como as crianças expressam e compreendem suas emoções e valores? *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 13(2), p. 35-45, 2003.

PENIDO, M. A. & MARQUES, N. Autocrítica exagerada e o trabalho em terapia: como ajudar?. In: M. R. de Carvalho, E. M. O. Falcone, L. E. N. Malagris & A. D. Oliva (Orgs.). *Produções em terapia cognitivo-comportamental: integração e atualização*. Belo Horizonte: Artesã, p. 153-164, 2020.

PINHO, V. D. Perdão interpessoal baseado na empatia e a terapia cognitivo-comportamental. *In*: Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, B. Rangé & E.

Falcone (Orgs.). *Procognitiva: Ciclo 1*. Porto Alegre: Artmed Panamericana, p. 103-148, 2014.

\_\_\_\_\_; Falcone, E. M. O. Intervenciones para la promoción del perdón y la inserción de la empatía: revisión de la literatura. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(2), p. 111-120, 2015.

\_\_\_\_\_. Estudo qualitativo sobre fatores facilitadores e dificultadores do perdão interpessoal. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 18(1), p. 189-208, 2018.

\_\_\_\_\_. Intervenções para a promoção do perdão interpessoal: os principais modelos. *In*: M. R. CARVALHO; E. M. O. FALCONE; L. E. N. MALAGRIS; A. D. OLIVA. *Produções em terapia cognitivo-comportamental: integração e atualização*. Belo Horizonte: Artesã, p. 227-238, 2020.

RICARD, M. A natureza do altruísmo. *In*: M. Ricard (Org.). *A revolução do altruísmo*. São Paulo: Palas Athena, p. 39-45, 2015.

RIJO, D.; DA MOTTA, C.; DA SILVA, D. R.; BRAZÃO, N.; PAULO, M.; GILBERT, P. Terapia focada na paixão. *In*: W. V. Melo. *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia*. Novo Hamburgo: Sinopsys, p. 368-395, 2014.

SCHÜTZ, N. T. Manual de técnicas em terapia do esquema. Novo Hamburgo: Sinopsys, 2023.

VALIM, C. P. R. A. T.; MARQUES, L. M.; BOGGIO, P. S. A positive emotional-based meditation but not mindfulness-based meditation improves emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, 10(647), p. 1-12, 2019.

ZAHN-WAXLER, C.; VAN HULLE, C. Empathy, guilt, and depression. *In*: Oakley, A. Knafo, G. Madhavan & D. S. Wilson (Eds.). *Pathological altruism*. Oxford, UK: Oxford University Press, p. 321-344, 2011.

# TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE DROGAS

*Ilana Andretta  
Fernanda Machado Lopes  
Jéssica Limberger*

## RESUMO

O presente capítulo objetiva descrever:

- O histórico e a definição das habilidades sociais bem como seus fatores de proteção e de risco;
- A relação entre habilidades sociais e o uso de drogas e estudos que objetivaram investigar esta relação;
- O Treinamento em Habilidades Sociais como modelo de intervenção para o tratamento de usuários de drogas e suas evidências empíricas;
- A descrição da elaboração de um modelo de intervenção e sua aplicabilidade;
- Um caso clínico exemplificando o modelo e sua aplicação.

## INTRODUÇÃO

O estudo das habilidades sociais foi fortemente influenciado pelas abordagens cognitiva, comportamental e sociocognitiva e, no Brasil, teve como principais bases teóricas as abordagens cognitivo-comportamental e análise do comportamento (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2018). Embora nos últimos anos esteja se consolidando como um campo de estudo que utiliza diferentes perspectivas conceituais, diversas similaridades com a cognitivo-comportamental são mantidas, como a prática baseada em evidências científicas e a investigação de processos em saúde com foco em maior funcionalidade nas relações interpessoais (ANDRETTA & OLIVEIRA, 2011).

Para que as relações interpessoais sejam satisfatórias, ou seja, baseadas no respeito mútuo e com funcionalidade entre pensamento, sentimento e comportamento, é necessário um bom repertório de habilidades sociais. Essas habilidades são definidas como um conjunto de comportamentos sociais desejáveis em determinada cultura, que, através de ações equilibrando os objetivos pessoais e a demanda existente de forma proporcional, geram consequências positivas e reforçadoras para a própria pessoa e para os demais integrantes do grupo social a que ele pertence (CABALLO, 2016; DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2018; NOBRE, 2019). Tais conjuntos de comportamentos envolvem principalmente habilidades de comunicação, como iniciar e manter conversações, fazer e responder perguntas, expressar sentimentos; de empatia, como valorizar e apoiar o outro quando este se encontra em dificuldades; e de assertividade, como saber argumentar, discordar e criticar de forma não agressiva (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2018).

Os comportamentos que compõem as habilidades sociais são aprendidos ao longo do desenvolvimento, iniciando na infância, geralmente no ambiente familiar, a partir de observação do comportamento dos cuidadores e expandindo-se para outros ambientes pelos quais o indivíduo circula, como escola, trabalho e comunidade. Quando bem desenvolvidas, as habilidades sociais são consideradas fatores de proteção, uma vez que estão associadas a melhores índices de autoestima (MIHALEC-ADKINS, 2020; SEEMA & KUMAR, 2018), autoeficácia (ROCHA, 2019) e qualidade nos relacionamentos (SCHENK et al., 2020), bem como à percepção de maior bem-estar subjetivo (FRANÇA-FREITAS et al., 2017).

Estudos recentes indicam que habilidades sociais são adquiridas em diversas etapas do desenvolvimento, e são descritas como preditivas de sucesso e bem-estar, além de estarem associadas a fatores de proteção para alguns transtornos. Em relação à infância, o estudo de França-Freitas et al. (2017) investigou 269 crianças de oito a doze anos avaliadas como dotadas em inteligência geral, criatividade, capacidade socioafetiva ou capacidade sensorio motora e encontrou que quanto mais desenvolvido o repertório de habilidades sociais maior era o nível de bem estar subjetivo relatado pelas crianças. Ainda, o estudo mostrou que o bem-estar subjetivo foi predito pela maioria das subescalas de habilidades sociais, ou seja, crianças com tais habilidades bem desenvolvidas têm maior probabilidade de relatar de afetos positivos, autoconfiança, autoestima e bom-humor, entre outros aspectos.

Na adolescência e adultez jovem, estudos demonstraram que um bom repertório de habilidades sociais está associado a fatores de proteção intrínsecos como autoestima e autoeficácia que, por sua vez, refletem na qualidade nos relacionamentos interpessoais, importantes nesta etapa e que contribuem para o sentido de pertencimento (PEREIRA et al., 2016; PEREIRA et al., 2018). Além disso, algumas classes específicas de habilidades sociais podem ser mais protetivas do

que outras para determinados transtornos. Habilidades de empatia e autocontrole foram identificadas como fatores de proteção para desenvolvimento de depressão (CAMPOS et al., 2014); autoeficácia, autoestima e relacionamento familiar foram protetivos para tentativa de suicídio (PEREIRA et al., 2018); e habilidades sociais gerais protetivas para o desenvolvimento de transtornos alimentares (UZUNIAN & VITALLE, 2015).

Assim como a literatura aponta, por um lado, evidências de que um bom repertório de habilidades sociais atua como fator de proteção; por outro lado, estudos sobre déficits nas mesmas são associados ou preditores de fatores de risco. Desde dificuldades em situações aparentemente simples como pedir ajuda quando necessário, até o medo intenso de interações sociais ou situações de avaliação (que caracterizam o transtorno de ansiedade social) podem prejudicar a qualidade das relações interpessoais o que, por sua vez, também é fator de risco para outros problemas e transtornos. O estudo sobre fatores de risco e proteção de habilidades sociais em adultos jovens encontrou que o grupo com as maiores médias de pensamentos negativos em relação ao contato social apresentou qualidade inferior tanto nas relações de amizade, quanto nas familiares e esteve associada a situações de violência familiar e comunitária (Pereira et al., 2016).

Estudos tanto com adolescentes quanto com adultos identificaram associações entre déficits em habilidades sociais gerais ou específicas e depressão (BOLSONI-SILVA & LOUREIRO, 2016; CAMPOS et al., 2014; PEREIRA et al., 2018). No estudo com universitários com e sem depressão, o grupo clínico apresentou escores inferiores em habilidades de comunicação, expressar afeto e sentimentos negativos, lidar com críticas e falar em público; assim como relatou mais consequências e sentimentos negativos nas interações sociais (BOLSONI-SILVA & LOUREIRO, 2016). Especificamente na dificuldade nas habilidades de civilidade, como mostrar-se gentil e atender às normas de convívio social, revelou-se fator de risco para depressão, embora com baixo poder preditivo (CAMPOS et al., 2014). Ainda mais grave, a ansiedade social foi identificada como fator de risco para ideação suicida (PEREIRA et al., 2018).

Além da depressão e ansiedade, o transtorno por uso de substância é apontado na literatura como fator de risco associado a déficits em habilidades sociais (SCHNEIDER et al., 2016). Um estudo recente avaliou o repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento e quase 50% deles apresentaram repertório abaixo da média da população geral, sendo as habilidades de enfrentamento e autoafirmação com risco e dificuldades em conversação e desenvoltura social as mais prejudicadas (SILVA et al, 2018). Contudo, é necessário lembrar que duas variáveis estarem relacionadas não significa que exista relação de causa e efeito entre elas. Um estudo exploratório sobre habilidades sociais como preditoras do envolvimento com álcool e outras drogas demonstrou que

déficits no repertório geral de habilidades sociais estão relacionados a contextos específicos que podem predizer o envolvimento com as substâncias e não parecem ser, necessariamente, característica do abuso ou dependência (SÁ & DEL PRETTE, 2014). Mesmo assim, habilidades de enfrentamento, assertividade e autoafirmação com risco influenciam diretamente nos lapsos, recaídas e abandono de tratamento e devem ser avaliadas para o desenvolvimento de um plano terapêutico mais individualizado e com maiores chances de sucesso.

Em resumo, déficits em habilidades sociais podem ter por consequência baixa capacidade de resolução de problemas, baixa qualidade de vida, problemas de aprendizagem, conduta antissocial, dificuldade de relações interpessoais e transtornos psicológicos, como transtorno de ansiedade, depressão e abuso de drogas (BOLSONI-SILVA & LOUREIRO, 2016; LIMBERGER & ANDRETTA, 2015; PORFÍRIO & FREITAS, 2021; ROCHA, 2019; ZANELATTO & SAKIYAMA, 2011). Independentemente de serem preditores ou de estarem associados aos transtornos, atuam como fatores dificultantes no processo de tratamento. Em conjunto, estes achados confirmam que o investimento em Treinamento de Habilidades Sociais é uma estratégia que deve ser encorajada na prática clínica.

### HABILIDADES SOCIAIS E USO DE DROGAS

No contexto do uso de drogas, além das questões genéticas e ambientais, a falta de habilidades sociais para lidar de forma adaptativa com situações cotidianas de estresse pode ser considerada mais um fator precipitante e mantenedor deste comportamento (RUISOTO & CONTADOR, 2019; SÁ & DEL PRETTE, 2014). Em situações em que se exige assertividade para resolução de problemas, habilidades de tomada de decisão e desenvoltura social, pessoas sem esse repertório podem utilizar as drogas como estratégia de enfrentamento e autoafirmação (SCHNEIDER et al., 2016). Contudo, tal estratégia só aumenta os prejuízos no desempenho das relações interpessoais, criando uma relação entre *déficit* em habilidades sociais e uso de drogas que se retroalimenta e potencializa a disfuncionalidade.

De acordo com Andretta, Calheiros e Oliveira (2006), as intervenções terapêuticas para os tratamentos para o uso de drogas baseados na abstinência podem ser divididas em quatro grandes grupos: abordagens médico-farmacológicas, psicossociais, socioculturais e religiosas. Em todas as modalidades, visa-se a diminuição dos prejuízos causados pelo uso de drogas, abstinência e mudanças comportamentais relacionadas ao uso. A pessoa que é usuária de drogas tem, em sua maioria, um estilo de vida que nega as preocupações com comprometimentos básicos, focalizando exclusivamente no consumo da droga, tendo por consequência prejuízos nas suas relações sociais, familiares e profissionais (CABALLO, 2003).

Caballo (2003) enfatiza que a falta de HS pode contribuir para a dependência, especialmente, pelo uso instrumental que as drogas aparentam propiciar em contextos sociais. Evidências empíricas sugerem que déficits em HS poderiam estar relacionados ao uso de drogas como um meio para enfrentar a vida diária ou fortes pressões externas. No contexto do uso de drogas, os usuários com frequência, enfrentam as situações sociais que consideram difíceis com a ajuda de alguma substância, ao invés de manifestar comportamento assertivo.

A existência de relações significativas entre dependência de drogas e déficits em HS tem sido comprovada em algumas investigações científicas (CABALLO, 2003; COSTA, 2022; FILHO et al., 2020; WAGNER, 2007). Nas últimas décadas, pesquisas (AGUIAR et al., 2019; BOTVIN & GRIFFIN, 2002; PINHO & OLIVA, 2007) envolvendo a área de HS e uso de drogas foram desenvolvidas, destacando a importância de tratamentos preventivos de abordagem cognitivo-comportamental, voltada ao desenvolvimento das competências gerais para a vida, bem como ao ensino de estratégias para resistir à pressão direta interpessoal para utilização de substâncias. Em uma revisão sistemática realizada por Schneider, Limberger e Andretta (2016) sobre habilidades sociais e drogas, foram identificados 13 estudos no período de 2004 a 2014, sendo as baixas habilidades sociais apontadas como fatores de risco ao uso de drogas.

### TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS (THS)

Considerando a importância das habilidades sociais como potenciais fatores de risco ou de proteção, intervenções para a aprendizagem e desenvolvimento das mesmas junto a usuários de drogas devem ser estimuladas. Estas habilidades podem ser desenvolvidas, treinadas e modeladas, em um programa de intervenção chamado de Treinamento em Habilidades Sociais (THS) que tem como principal objetivo aumentar o repertório comportamental para lidar com dificuldades de enfrentamento. No treinamento, ensinam-se comportamentos específicos, sempre integrados ao repertório comportamental do sujeito, aplicando os procedimentos de instrução, modelação, ensaio comportamental, retroalimentação e reforçamento. Desta forma, o THS consiste em estratégias para aumentar o comportamento pró-social do indivíduo, lhe ensinando as habilidades necessárias para uma interação mais satisfatória e adaptativa (CABALLO, 2016).

O THS teve início em 1967 na Inglaterra, a partir dos estudos Argyle, da Universidade de Oxford; mas foi fortemente influenciado pelos estudos de Wolpe (1958) sobre treinamento assertivo que estavam sendo realizados nos Estados Unidos (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010; FERREIRA et al., 2014). Desde então tem sido aplicado internacionalmente em diversas áreas da psicologia, principalmente, clínica, organizacional, educacional e social. Em termos de metodologia, é indicado que se



realize um levantamento de necessidade de treinamento para o desenvolvimento de um protocolo mais diretivo, assim como uma avaliação das habilidades sociais de cada participante antes e depois da intervenção para verificar a eficácia da mesma (CABALLO, 2016; MURTA, 2005). No âmbito internacional, estudo de revisão sobre THS revelou que a maioria deles foi realizado nos contextos clínico e escolar, com crianças ou jovens, indicando que seja realizado por profissionais treinados e que sejam realizadas avaliações de seguimento (RODRIGUES et al., 2011). Na mesma direção, um estudo de análise da produção nacional sobre aplicações do THS encontrou predomínio de programas realizados em grupo, também nos contextos clínico e escolar, com delineamentos pré-experimentais e uso de técnicas cognitivo-comportamentais (MURTA, 2005).

Em relação à eficácia e efetividade, estudos de revisão de literatura sobre pesquisas que aplicaram THS em diversos contextos, tanto com população clínica quanto não clínica, revelaram resultados positivos em relação à melhoria no desempenho social (DEL PRETTE & DEL PRETTE, 2010; MURTA, 2005), redução de sintomas depressivos (FEITOSA, 2014) e eficácia para cessação do tabagismo (RODRIGUES et al., 2011). Em conformidade, estudo de revisão com meta-análise sobre treinamento de habilidades sociais publicados no período de 2002 a 2012 indicou eficácia satisfatória e considerou esta intervenção como a mais potente para ajudar as pessoas a desenvolverem relações mais reforçadoras e significativas, bem como para promover a integração social na comunidade (RODRÍGUEZ et al., 2013).

### THS E O USO DE DROGAS

O THS pode ser usado na perspectiva de uma intervenção tanto primária, secundária quanto terciária, visando que este pode aumentar a qualidade de vida dos indivíduos, assim como beneficiar populações com diferentes transtornos mentais (MURTA, 2005). A literatura aponta que pacientes com transtornos mentais em ambiente de internação que possuem maiores níveis das habilidades sociais tendem a ter tempo menor de tratamento fechado, assim como menores índices de recaídas, sendo um fator importante para benefícios nos tratamentos (CABALLO, 2003). Segundo Cunha et al. (2007), em populações clínicas, diversos prejuízos estão relacionados às dificuldades nos relacionamentos interpessoais, principalmente nos casos de dependência química. Nesta população específica, podemos relacionar as habilidades sociais ligadas à interação, ao enfrentamento de emoções negativas, às habilidades de recusa e principalmente às novas possibilidades de resolução de conflitos.

Nesta perspectiva, um dos objetivos do tratamento para o uso de drogas é o restabelecimento dos vínculos de relações interpessoais, com a finalidade da existência de uma rede de apoio, relações profissionais e mudança de contexto sociais,

se ajustando a uma nova realidade não relacionada com as drogas (ZANELATTO & SAKIYAMA, 2011). Dessa forma, déficits em habilidades sociais têm por consequência uma maior dificuldade de realizar as mudanças nos contextos sociais, profissionais, assim como baixo recurso para o estabelecimento de uma rede de apoio, fatores que o deixam mais vulnerável e dificultam sua ressocialização, aumentando as chances de uma recaída no uso de droga (CABALLO, 2003; MCHUGH et al., 2010; ZANELATTO & SAKIYAMA, 2011).

De acordo com Bolsoni-Silva (2002), o estudo teórico e prático do THS é fundamental, visto que os indivíduos ficam muito tempo engajados em interações sociais. Ao conseguirem ser socialmente habilidosos, promovem interações sociais mais satisfatórias, o que pode auxiliar na prevenção e/ou redução das dificuldades psicológicas. Caballo (2016) ainda aponta quatro etapas do THS: (1) a identificação das áreas específicas nas quais os indivíduos têm mais dificuldade; (2) a distinção entre comportamentos assertivos, não-assertivos e agressivos; (3) a reestruturação cognitiva da forma de pensar em situações concretas e (4) o ensaio comportamental de respostas assertivas em determinadas situações. Desta forma, o THS poderia ser empregado como uma estratégia de prevenção primária, no que tange ao ensino para situações cotidianas; secundária, quando diante de uma situação de enfrentamento haveria um repertório suficiente para que o indivíduo tenha crenças de que consegue obter resultados positivos; e de prevenção terciária, quando já instaurado um transtorno, a fim de aprender um novo repertório e estratégias para lidar com o disfuncional.

## THS COM USUÁRIOS DE DROGAS E SUA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

No âmbito internacional, o THS tem sido testado em uma série de estudos randomizados que o tem evidenciado como eficaz na prevenção do uso de álcool, tabaco, maconha e drogas psicoativas. As evidências de eficácia e efetividade têm sido encontradas a curto e longo prazo quando o treinamento é implementado em diferentes formatos, por diferentes treinadores, para grupos etários e populações diferentes (BOTVIN & GRIFFIN, 2014). Uma revisão sistemática sobre estudos de revisão com evidências sobre a eficácia de prevenção, intervenção precoce, redução de danos e tratamento para uso de drogas entre jovens revelou que as intervenções que incorporam treinamento de habilidades foram mais efetivas (STOCKINGS et al., 2016).

As pesquisas sobre o THS com o uso de drogas no Brasil ainda são inconclusivas. Felicíssimo et al. (2013), em um estudo de revisão realizado sobre THS e alcoolismo, apontaram evidências de eficácia do modelo de intervenção, com resultados relacionados à diminuição do consumo de álcool e aumento de

habilidades sociais. Entretanto, não foram conclusivos em relação ao alcoolismo e os déficits em HS. Os autores, inclusive, questionam se os usuários de álcool usam por déficits em HS ou se o álcool funcionaria como uma forma de enfrentamento, diminuindo as HS. Um estudo realizado por Cunha et al. (2007), avaliando alcoolistas internados em uma unidade para tratamento da DQ, foram encontrados déficits em HS envolvendo principalmente habilidades de autoafirmação, sentimento positivo e conversação e desenvoltura social. Dessa forma, o álcool pode ser visto como um facilitador das interações sociais e como uma forma de enfrentamento às situações ansiogênicas.

Em relação ao tabaco, Rodrigues, Silva e Oliveira (2011) realizaram uma revisão de estudos nacionais e internacionais sobre HS e os resultados indicam que o impulso para fumar foi associado a um maior índice de ansiedade e à baixa autoeficácia para resistir ao cigarro; enquanto que maior habilidade de tomada de decisão, autoeficácia e assertividade para recusar o cigarro estava associada à manutenção da abstinência. Em relação à eficácia do THS, os estudos revelaram que a intervenção aumenta as taxas de manutenção da abstinência e é recomendado como importante componente do tratamento do fumante, uma vez que promove o desenvolvimento de comportamentos mais assertivos e adaptativos que auxiliam no enfrentamento de estresse (RODRIGUES et al., 2011).

Dortaj et al. (2013) avaliaram uma intervenção grupal de THS de dez sessões em usuários de *crack* e compararam o modelo de intervenção com um grupo controle. Encontraram resultados superiores no grupo experimental em relação ao conceito de ajustamento social, considerado principalmente pela redução no consumo de *crack*. Ajustamento social pode ser identificado pelas relações sociais, pelo modo de interação familiar e pela relação de trabalho e produtividade, que para usuários de cocaína e *crack* seria um bom resultado de intervenção.

No contexto nacional, um estudo realizado com homens usuários de *crack* encontraram como resultados prejuízos nas habilidades de conversação e desenvoltura social e autocontrole da agressividade em situações aversivas, com diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo de não-usuários (SCHNEIDER & ANDRETTA, 2017). Outro estudo realizado com 62 mulheres usuárias de *crack* em internação hospitalar, identificou déficits nos fatores de conversação e desenvoltura social, auto exposição a desconhecidos, e situações novas e autocontrole da agressividade (LIMBERGER & ANDRETTA, 2017). Na comparação entre homens e mulheres, um estudo realizado com 127 participantes identificou que os homens apresentaram escores significativamente menores no escore total de habilidades sociais, na autoafirmação e expressão de sentimento positivo e na conversação e desenvoltura social (ANDRETTA et al., 2016).

## DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO DE INTERVENÇÃO

Devido à escassez de literatura específica descrevendo a aplicação do THS em usuários de drogas no contexto brasileiro, evidenciou-se a necessidade de um protocolo de THS voltado para usuários de drogas em tratamento. Para isto, realizou-se outra revisão sistemática nas bases Medline Complete, Scopus, IBECs, Index Psi e LILACS, identificando cinco estudos que realizaram o THS com usuários de drogas (LIMBERGER et al., 2017). Dentre as habilidades sociais trabalhadas durante as intervenções analisadas, destaca-se a recusa de drogas e as habilidades de relacionamento interpessoal, como expressar opiniões e sentimentos tanto negativos quanto positivos, bem como a resolução de conflitos (BELLACK et al., 2006; Lin et al., 1982; PETERSEN et al., 2007; TENHULA et al., 2009). Em geral, o THS foi conduzido pelos profissionais dos centros de tratamento e hospitais, como psicólogos e psiquiatras com capacitação prévia (LIMBERGER et al., 2017).

Em tais estudos, apenas um realizou o THS sem outras intervenções concomitantes. No referido estudo, o grupo que participou do THS aumentou significativamente suas pontuações do pré-teste para o pós-teste, em comparação com o grupo controle, aumentando os comportamentos assertivos dos usuários. Nos demais artigos, os resultados do THS foram avaliados em conjunto com outras intervenções, apontando maior engajamento do paciente durante o tratamento (TENHULA et al., 2009), eficácia significativa em comparação com o tratamento usual, diminuição do uso de drogas e o aumento da capacidade de realizar atividades diárias (BELLACK et al., 2006), maior adesão ao tratamento, redução do tempo de permanência no hospital e redução do uso de drogas (PETERSEN et al., 2007). Além disso, o aumento da atenção e a diminuição da sintomatologia depressiva foram fatores preditivos na eficácia da intervenção (TEICHNER et al., 2001).

O formato do THS foi planejado para ser conduzido em grupo, pois os participantes apresentam diferentes modelos, contribuindo para que o modelo apresentado pelo facilitador não seja visto como a única maneira “correta”. Além disso, a homogeneidade do grupo (transtorno por uso de substâncias) contribui para que os participantes se sintam menos intimidados (CABALLO, 2016). No que diz respeito à duração, o THS foi composto por oito encontros, com duração de 90 minutos cada. Foram realizadas duas sessões semanais, totalizando quatro semanas. Este formato corresponde ao exposto por Lin et al. (1982), que realizou o Treinamento em Habilidades Sociais em usuários de drogas em tratamento.

Os referidos autores também propõem que os participantes do grupo escolham quais habilidades sociais são trabalhadas, a fim de contribuir na motivação destes para a participação da intervenção. Desta forma, no primeiro encontro os participantes escolhem seis habilidades sociais de um total de 10 tipos de habilidades sociais (interagir com desconhecidos, expressar sentimentos

positivos, enfrentar críticas, interagir com pessoas que possui atração, manter a tranquilidade diante das críticas, falar em público/interagir com superiores, lidar com situações de exposição ao ridículo, defender os próprios direitos, pedir desculpas e negar pedidos). Nas demais sessões, o THS segue a seguinte estrutura: checagem de humor; revisão da tarefa de casa; aprendizagem da habilidade social; prática da habilidade social; atribuição da tarefa de casa e feedback. O grupo foi conduzido por duas psicólogas, com experiência no atendimento aos usuários de drogas e na condução do Treinamento em Habilidades Sociais. Considerando a modelagem como um fator relevante, há uma atenção especial às habilidades sociais dos psicólogos que vão conduzir a intervenção. Demais informações sobre o estudo piloto e a condução da intervenção podem ser observadas no estudo Limberger e Andretta (2018).

## CASO CLÍNICO

O THS seguiu as premissas anteriores e foi conduzido por duas psicólogas em uma Comunidade Terapêutica da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul (RS). Conforme citado anteriormente, a intervenção passou por um estudo piloto, conforme pode ser observado em Limberger e Andretta (2018). A seguir, será exposto o caso de um participante que completou o protocolo de intervenção, que teve a duração de oito encontros.

Heitor (nome fictício) possui 38 anos, é solteiro e possui Ensino Médio Completo. Possui uma filha e está há um mês em tratamento em uma Comunidade Terapêutica devido ao Transtorno por Uso do *Crack*. Heitor participou de todos os encontros do THS. O período entre o pré e o pós-teste foi o seguinte: avaliação (1 semana antes da intervenção) - intervenção (duração total de 4 semanas) reavaliação - (1 semana depois do término da intervenção). Ressalta-se que as psicólogas que aplicaram o CHASO - Questionário de Habilidades Sociais (CABALLO & SALAZAR, 2017) foram diferentes das psicólogas que conduziram o THS, a fim de evitar o risco de viés da desejabilidade social.

A partir da avaliação do CHASO uma semana antes e uma semana depois da intervenção, identificou-se um aumento na pontuação de habilidades sociais específicas, conforme pode ser observado na Tabela 1. Também se percebe que no escore total das habilidades sociais, a pontuação aumentou de 120 para 138, indicando um aumento no repertório geral das habilidades sociais.

Ao ser questionado sobre a sua percepção sobre o THS, Heitor refere que foi “agradável e terapêutico, por ser teoria e prática”. Para ele, estar em grupo contribuiu para ver a maneira de cada um reage diante das situações e aprender com o comportamento dos demais. A avaliação do estado de humor também foi realizada em cada encontro, a partir de imagens que expressavam desde uma

pessoa muito triste (pontuação 1) até uma pessoa muito feliz (pontuação 7). Pode-se identificar uma melhora no estado de humor de Heitor em todos os encontros, fator que pode ter contribuído para uma melhor motivação para colocar em prática as habilidades sociais aprendidas. Conforme um estudo que utilizou o THS em usuários de drogas, a diminuição da sintomatologia depressiva foi um dos fatores preditivos na eficácia da intervenção (TEICHNER et al., 2001).

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O campo da aplicabilidade das pesquisas sobre HS é bem vasto e bem estabelecido em algumas áreas da psicologia. Entretanto, no campo do uso de drogas os estudos ainda são poucos e muitas vezes apresentam resultados ainda incipientes para aplicabilidade na área clínica. Para contribuir com esta dificuldade, apesar de inúmeros estudos clínicos dedicados a entender e auxiliar o tratamento de usuários de drogas, este modifica-se com bastante frequência devido ao perfil e a outras variáveis que interferem na aplicabilidade de intervenções junto a esta população.

Este capítulo objetivou apresentar alguns estudos que investigaram as HS em usuários de diversas drogas, evidenciando os principais prejuízos relacionados às mesmas. Habilidades de enfrentamento, autocontrole e interação social são as referidas como as mais prejudicadas nos usuários de drogas. O modelo de intervenção que melhor é descrito para o aumento destas habilidades é o THS e este capítulo também descreveu uma forma de desenvolver um protocolo e colocá-lo em prática.

Os resultados mostram-se positivos em relação a muitas medidas de desfecho, principalmente em relação ao aumento de repertório de enfrentamento de diversas variáveis associadas ao uso. Desta forma, sugere-se desenvolver mais estudos clínicos com usuários de diversos tipos de drogas, que testem este modelo de intervenção e, que além de apresentarem resultados obtidos no estudo, identifiquem as principais dificuldades apontadas no desenvolvimento das pesquisas, evidenciando novas possibilidades.

### REFERÊNCIAS

AGUIAR, K.G.M; MELLO, L.T.N; ANDRETTA, I. Usuários de *crack* nordestinos: habilidades sociais, habilidades de enfrentamento e suporte social. *Pesquisa em Psicologia*, Juiz de Fora, 13(2), p. 82-97, 2019. DOI:10.34019/1982-1247.2019.v13.25805.

ANDRETTA, I.; OLIVEIRA, M. S. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, p. 218-226, 2011.

\_\_\_\_\_ ; CALHEIROS, P. C.; OLIVEIRA, M. S. Modelos de tratamento na dependência química. In: B. S. Werlang & M. S. Oliveira. *Temas em Psicologia Clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

\_\_\_\_\_ ; LIMBERGER, J.; SCHNEIDER, J.A. Social skills in *crack* users: differences between men and women. *Psicologia: reflexão e crítica*, 29(45), p. 1-8, 2016. DOI:10.1186/s41155-016-0054-4.

BELLACK, A.S.; BENNET, M.E.; GEARON, J.S.; BROWN, C.H.; YANG, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Arch Gen Psychiatry*, 63(4), p. 426-432, 2006. DOI: 10.1001/archpsyc.63.4.426.

BOLSONI-SILVA, A.; LOUREIRO, S.R. (2016). O Impacto das Habilidades Sociais para a Depressão em Estudantes Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), p. 1-8, 2016. DOI: 10.1590/0102.3772324212.

\_\_\_\_\_. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. *Interação* (Curitiba), 6(2), p. 233-242, 2002.

BOTVIN, G. J.; GRIFFIN, K. W. Life skills training: Preventing substance misuse by enhancing individual and social competence. *New Directions for Youth Development*, p. 57-65, 2014. DOI:10.1002/yd.20086.

\_\_\_\_\_. Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International Journal of Emergency Mental Health*, 4(1), p. 41-47, 2002.

CABALLO, V. E.; SALAZAR, I. C. Desarrollo y validación de un nuevo instrumento para la evaluación de las habilidades sociales: el “Cuestionario de Habilidades Sociales” (CHASO). *Psicología Conductual*, 25(1), p. 5-24, 2017.

\_\_\_\_\_. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. 5ª reimpressão. São Paulo: Santos Editora, 2016.

\_\_\_\_\_. *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Livraria Santos, 2003.

CAMPOS, J.R.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z.A.P. Habilidades sociais e depressão na adolescência: uma revisão da literatura. *Acta comportamental*, 22(4), p. 469-482, 2014.

COSTA, C. L. *Substâncias psicoativas e fatores associados: habilidades sociais e sintomas clínicos em indivíduos usuários*. Dissertação de Mestrado, Faculdade IMED, Passo Fundo, RS, Brasil, 2022.

CUNHA, S.M.; CARVALHO, J.C.N.; KOLLING, N.M.; SILVA, C.R.; KRISTENSEN, C.H. Habilidades Sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(1), p. 28-42, 2007.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. Habilidades sociais e análise do comportamento: Proximidade histórica e atualidades. *Perspectivas em Análise do Comportamento*, 1(2), p. 104-115, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18761/perspectivas.v1i2.33>.

\_\_\_\_\_. Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático. Petrópolis, RJ: Vozes, 2018.

DORTAJ, F.; SHAKIBA, M.; SHAKIBA, J. The effect of cognitive-behavioral group therapy on social coping of *crack* abusers. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*; Vol. 15, Issue 2, p. 59, 2013.

FEITOSA, F. B. (A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), p. 488-499, 2014.

FELICISSIMO, F.B.; CASELA, A.L.M.; RONZANI, T.M. Habilidades sociais e alcoolismo: uma revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, v. 18, nº 1, p. 137-145, 2013.

FERREIRA, V. S.; OLIVEIRA, M. A.; VANDENBERGHE, L. Efeitos a curto e longo prazo de um grupo de desenvolvimento de habilidades sociais para universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(1), p. 73-81, 2014. DOI: 10.1590/S0102-37722014000100009.

FILHO, A. M.; SOUSA, A. A. F. de.; JUNIOR R. dos S.; ANDRÉ, J. C.; SANTOS, L. L. dos. Social skills of *crack* users accepted in therapeutic communities. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 16(4), p.5-15, 2020. Doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.155394.

FRANÇA-FREITAS, M. L.; DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. Habilidades Sociais e Bem-Estar Subjetivo de Crianças Dotadas e Talentosas. *Psico-USF*, 22, p. 1-12, 2017.

LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. Novas problemáticas sociais: o uso do *crack* em mulheres e a perspectiva de gênero. *CS*, 15, p. 41-65, 2015.

\_\_\_\_\_. Habilidades Sociais e Comorbidades Psiquiátricas de Mulheres Usuárias de *Crack*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 17(1), p. 103-117, 2017.



\_\_\_\_\_. Social skills training for drug users under treatment: a pilot study with follow-up. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31, p. 29, 2018. DOI: 10.1186/s41155-018-0109-9

LIMBERGER, J.; TRINTIN-RODRIGUES, V.; HARTMANN, B.; ANDRETTA, I. Treinamento em Habilidades Sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 10(1), p. 99-109, 2017. DOI: 10.4013/ctc.2017.101.08.

LIN, T.; BON, S.; DICKINSON, J.; Blume, C. Systematic Development and 56 Evaluation of a Social Skills Training Program for Chemical Abusers. *The International Journal of the Addictions*, 17(4), p. 585-596, 1982.

MCHUGH, R.K.; HEARON, B.A.; OTTO, M.W. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), p. 511-525, 2010. DOI: 10.1016/j.psc.2010.04.012.

MIHALEC-ADKINS, B. P. Examining individual level academic risk and protective factors for foster youth: School engagement, behaviors, self esteem, and social skills. *Child & Family Social Work*, 25(2), p256-266, 2020.

MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18, 2, p. 283-291, 2005.

NOBRE, M. R. *Habilidades sociais e ansiedade social na infância e adolescência: correlações e comparações entre grupos*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, AL, Brasil, 2019.

PEREIRA, A.; DUTRA-TOMÉ, L.; KOLLER, S. Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico*, 47(4), p. 268-278, 2016.

PEREIRA, A.; WILHELM, A.; KOLLER, S.; ALMEIDA, R. M. Fatores de risco e proteção para tentativa de suicídio na adultez emergente. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(11), p. 3767-3777, 2018. DOI: 10.1590/1413-812320182311.29112016.

PETERSEN, L.; JEPPESEN, P.; THORUP, A.; OHLENSCHLAEGER, J.; KRAUP, G.; OSTERGARD, T.; NORDENTOFT, M. Substance abuse and first-episode schizophrenia-spectrum disorders. The danish OPUS trial. *Early Intervention in Psychiatry*, 1(1), p. 88- 96, 2007. DOI:10.1111/j.1751-7893.2007.00015.

PINHO, V. D.; OLIVA, A. D. Habilidades sociais em fumantes, não fumantes e ex-fumantes. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 3(2), 2007.

ROCHA, C. S. da. *Programa de habilidades sociais e de vida com adolescentes em medida socioeducativa de semiliberdade*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

RODRIGUES, V.; SILVA, J.; OLIVEIRA, M. Habilidades sociais e tabagismo: uma revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63, p. 101-110, 2011.

RODRÍGUEZ, F. G.; SÁNCHEZ, F. J.; ANTINO, M. Tendencias actuales en el ámbito de las habilidades sociales. *Apuntes de Psicología*, 31, p. 51-57, 2013.

RUISOTO, P.; CONTADOR, I. The role of stress in drug addiction. An integrative review. *Physiology & Behavior*, V.202, p. 62-68, 2019. Doi: 10.1016/j.physbeh.2019.01.022.

PORFÍRIO, J. C.; FREITAS, L. C. Uso Moderado de Cannabis em Universitários e Habilidades Sociais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21(2), p. 768-785.2021. DOI:10.12957/epp.2021.61068

SÁ, L. G.; DEL PRETTE, Z. A. Habilidades Sociais como Preditoras do Envolvimento com Álcool e Outras Drogas: Um estudo exploratório. *Interação em Psicologia*, 18(2), p. 167-178, 2014.

SEEMA, G. B.; KUMAR, G. V. Impact of social skills training on self-esteem among male and female adolescent students. *Indian Journal of Positive Psychology*, 9(1), p.147-151, 2018.

SCHNEIDER, J. A.; ANDRETTA, I. Habilidades Sociais como fatores de risco e proteção entre homens usuários de *crack*. *Quaderns de Psicologia*, 19, p. 151-161, 2017.

\_\_\_\_\_. Habilidades Sociais de Usuários de *Crack* em Tratamento nas Comunidades Terapêuticas: Relação com Características Sociodemográficas e de Padrão de Consumo. *Revista Colombiana de Psicologia*, 26, p. 83-98, 2017.

\_\_\_\_\_. Prejuízos nas habilidades sociais em usuários de *crack*: Diferenças do repertório de habilidades sociais entre usuários de *crack* e não usuários. *Acta Comportamentalia*, 25, p. 463-476, 2017.

\_\_\_\_\_; LIMBERGER, J.; ANDRETTA, I. (2016). Habilidades Sociais e Drogas: Revisão Sistemática da Produção Científica Nacional e Internacional. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(2), p. 339-350, 2016. DOI: 10.12804/apl34.2.2016.08.

SCHENK, L.; SENTSE, M.; LENKENS, M.; NAGELHOUT, G. E.; ENGBERSEN, G.; SEVERIENS, S. An Examination of the Role of Mentees' Social Skills and Relationship Quality in a School-Based Mentoring Program. *American journal of community psychology*, 65 (1-2), p. 149-159, 2020.

SILVA, M. L.; HATANAKA, Y. F.; RONDINA, R. C.; SILVA, N. R. Avaliação do repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento. *Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional*, 26(4), p. 849-858, 2018. DOI:10.4322/2526-8910.ctoAO1633.

STOCKINGS, E.; HALL, W. D.; LYNSKEY, M.; MORLEY, K.; REAVLEY, N.; STRANG, J.; PATTON, G.; DEGENHARDT, L. Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), p. 280-96, 2016. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00002-X.

TEICHNER, G.; HORNER, M.D.; HARVEY, R.T. Neuropsychological predictors of the attainment of treatment objectives in substance abuse patients. *International Journal of Neuroscience*, 106(3), p. 253-263, 2001. DOI: 10.3109/00207450109149753.

TENHULA, W.N.; BENNETT, M.E.; KINNAMAN, J.E. (2009). Behavioral treatment of substance abuse in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 65(8), p. 831-841, 2009. DOI:10.1002/jclp.20613.

UZUNIAN, L.; VITALLE, M. S. Habilidades sociais: fator de proteção contra transtornos alimentares em adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11), p. 3495-3508, 2015. DOI: 10.1590/1413-812320152011.18362014.

WAGNER, M.F. *Habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil, 2007.

SAKIYAMA, H.M.T.; ZANELATTO, N. Terapia Cognitivo Comportamental das Habilidades Sociais e de Enfrentamento. In: Diehl, Alessandra et al : *Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre, RS: Artmed, p. 288-300, 2011.

# PROTÓCOLOS DE INTERVENÇÃO EM DOENÇAS CRÔNICAS SOB A PERSPECTIVA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

*Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida  
Raquel Ayres de Almeida  
Raquel de Melo Boff  
Tânia Rudnicki*

## RESUMO

As novas pesquisas e a experiência clínica ampliam nosso conhecimento com possibilidades terapêuticas, com os cuidados normais de segurança aos pacientes que devem ser seguidos e ou mantidos, tais como, alterações no tratamento, terapia à base de fármacos pode ser necessárias ou adequadas para as especificidades. A existência e o uso de instrumentos variados, tanto na pesquisa quanto na área clínica, que envolvem os testes, escalas, questionários e protocolos, são adotados para objetivar ações preventivas, de promoção e de educação em saúde (como as corretivas), sendo possível obter ganhos qualitativos e financeiros, além de otimizar a participação de terapeutas no processo de tratamento. De modo geral, as informações necessárias para uma avaliação minimamente adequada estão relacionadas ao estado geral do paciente, as mudanças que ocorreram desde o início da doença e o histórico passado, principalmente aquele relacionado ao enfrentamento de situações de doença anteriores. Na sequência do capítulo, trataremos sobre os dados atuais das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), da importância de seu estudo, além de mostrar a criação e o desenvolvimento de protocolos de base cognitivo-comportamental em serviços de saúde, buscando qualificar as práticas cotidianas do terapeuta junto as equipes de saúde e incentivar a discussão dos processos de trabalho.

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2011) afirma que as doenças crônicas (DC) são as principais causas de morte, sendo responsáveis por 60% de todas as mortes ocorridas no mundo. No Brasil, nas últimas décadas, observa-se, uma inversão do perfil epidemiológico com redução das doenças infecciosas e o aumento significativo da prevalência das DC, devido as mudanças nos perfis demográfico, epidemiológico e nutricional da população e o controle sobre as enfermidades transmissíveis (BRASIL, 2011b). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) passaram a determinar a maioria das causas de óbito e incapacidade prematura – ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias – e a representar uma grande parcela das despesas com assistência hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) e no setor suplementar (BRASIL, 2009; 2011).

As DCNT representam um grupo de enfermidades cuja formação ocorre progressivamente no organismo, com pequenas alterações, muitas vezes imperceptíveis ao indivíduo, que se agravam e se manifestam, ao longo do tempo, enquanto patologia crônica. Seus agravos são, em grande maioria, irreversíveis, levando a complicações com graus variáveis de incapacidade, perda de qualidade de vida (QV) e morte, sendo consideradas, na atualidade, as principais causas de morte no mundo.

No Brasil, as DCNT também são instituídas como o problema de saúde com maior magnitude, responsáveis por 72% das causas de morte, com destaque para as doenças cardiovasculares (DCV) com 31,3% dos óbitos, neoplasias com 16,3%, doenças respiratórias com 5,8% e diabetes *mellitus* (DM) com 5,3% (GOULART, 2011; BRASIL, 2011b; DUCAN et al., 2012; MANSU & FAVARATO, 2012). Segundo o Ministério da Saúde, as DCNT são doenças de causalidade multifatorial que têm em comum fatores comportamentais de risco (FR) modificáveis e não modificáveis. Dentre os não modificáveis, encontram-se idade, hereditariedade, gênero e raça; e os modificáveis, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias, a ausência de uma dieta saudável e o sedentarismo (BRASIL, 2011b).

Os potenciais impactos das ações para promoção de saúde e prevenção de riscos e doenças, o elevado custo da assistência e da incorporação tecnológica em saúde, além da necessidade de estimular a vida com qualidade ao longo do seu curso, são alguns dos fatores motivadores da busca de estratégias para o enfrentamento destes desafios. A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem conduzido sua atuação no sentido de criar mecanismos que incentivem o desenvolvimento de programas que auxiliem profissionais e pacientes a levar melhoria à saúde e a lidar com a doença (BREUEL, 2016).

A preocupação com a integralidade da assistência, existe desde a década de 80, sendo formalizada com a Lei nº 8080/90: percebida como um ‘conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema’ (BRASIL, 1990). O cenário atual da Psicologia da Saúde, bem como das políticas públicas, no Brasil, apresenta inúmeras atividades, porém, ainda de forma desarticulada e, muitas vezes, sem um planejamento adequado, com frequente comprometimento dos resultados esperados, tornando um desafio para a atuação multidisciplinar. Atualmente, os profissionais da saúde têm acesso a uma pluralidade e amplitude de informações sobre cuidados necessários, sendo que o Ministério da Saúde (MS) vem trabalhando no sentido de suprir o Sistema de Saúde com informações qualificadas. Estes, por sua vez, servem de esteio para a organização e replanejamento do próprio sistema, para a avaliação de procedimentos e processos e para análise de dados atuais (BRASIL, 2011b). É fundamental os profissionais fomentarem a adesão, prover acesso aos recursos, buscarem reduzir barreiras de acesso, além de orientar para mudança de estilo de vida, promovendo sua qualidade (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Diante do impacto negativo que as DC exercem na QV dos indivíduos, torna-se importante o desenvolvimento de ações que objetivem uma maior adesão dos pacientes às recomendações médicas. Estas ações podem minimizar o impacto de tais doenças, tanto individualmente quanto coletivamente, prevenindo sua progressão, reduzindo os custos com medicações e internações, e conseqüentemente, reduzindo a taxa morbimortalidade relacionadas às DCNT, melhorando a QV dos pacientes. Frente a essa vasta gama de disponibilidade de conhecimento, por um lado, e de necessidade de informação padronizada, por outro, por que utilizar protocolos com as intervenções sob a perspectiva na Teoria cognitiva-comportamental nas DCNT?

Vejamos algumas evidências científicas, dados epidemiológicos mundiais e brasileiros, critérios elencados e adotados que poderão favorecer a assistência, tornando acessível as equipes para auxiliar condutas e detalhar rotinas multiprofissionais, contribuindo para resultados favoráveis à variados procedimentos.

## **DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) FATORES DE RISCO (FR) E POLÍTICAS PÚBLICAS**

No Brasil, país de média renda, 72% das mortes registradas, em 2007, foram ocasionadas por DCNT, o equivalente a 540 óbitos (por 100 mil habitantes), e em maior parte por DCV e câncer (BRASIL, 2011a). Apesar dos índices expressivos, eles refletem um declínio de 20% das DCNT em relação aos índices registrados em 1996, o que se deve à expansão dos serviços de saúde à população, principalmente da Atenção Básica e com distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão

arterial (HAS) e DM, e por meio do emprego de políticas públicas. Dentre as estratégias aplicadas à redução de danos, estão: a Convenção-Quadro para o Controle do Tabagismo (2003), apoio e financiamento do Ministério da Saúde a programas de atividade física (2004), regulamentação de rotulagem de alimentos e acordos com indústrias para redução do teor de gordura trans e de sal nos alimentos industrializados (2004), redução do uso prejudicial de álcool (2010) e ampliação de exames preventivos para câncer de mama e colo do útero (2008) (BRASIL, 2011a; GOULART, 2011).

Com foco na prevenção da obesidade e mudança nos hábitos de crianças e adolescentes, o Ministério da Educação em Parceria com o Ministério da Saúde, cria o Projeto Escola Saudável que tem o intuito de promover os Dez Passos para a Promoção da Alimentação Saudável nas Escolas, que consistem em um conjunto de estratégias que devem ser implementadas de acordo com a realidade de cada local (BRASIL, 2004). Ainda, a ANVISA dispõe da Resolução nº 24/2010 que deu origem aos projetos de Lei nº 5.921/2001 e Lei nº 150/2009, que determinam, respectivamente, a proibição de qualquer publicidade direcionada a crianças e adolescentes entre as 7h e 21 horas e a restrição da propaganda de alimentos com alto teor de gordura trans e saturada, sódio e bebidas com baixo valor nutricional (BRASIL, 2001b; 2009a; 2010).

Os investimentos governamentais e os mecanismos existentes como estrutura da rede de atenção oncológica, visando atender a demanda por tratamento, têm sido insuficientes. Essa situação acaba inviabilizando o acesso aos tratamentos de câncer para considerável parte da população brasileira que dele necessita. Dentre as medidas já propostas, destaca-se a necessidade de recomendar ao MS que desenvolva um plano para sanar de forma efetiva a insuficiência da estrutura da rede de atenção oncológica, que preveja a ampliação da oferta de serviços, seja por meio de investimentos próprios ou pela contratação de serviços suplementares, até a completa solução das carências existentes (BRASIL, 2011a).

Diante da crescente incidência de determinadas doenças, como o câncer e outras doenças crônicas e degenerativas na população mundial, a OMS desenvolveu políticas que visam o cumprimento de normas de segurança, qualidade, acessibilidade e uso racional das terapias complementares, integrando-as às demais abordagens existentes nos sistemas de atenção à saúde (INCA, 2001). O documento da OMS “Cuidados Paliativos Oncológicos: Controle da Dor”, aborda os tratamentos vigentes para pacientes com câncer, incluindo, também, uma seção de terapias alternativas e complementares, com destaque para métodos físicos, mecânicos, cognitivos e comportamentais de controle da dor (GRANER et al., 2010). As DCV e as respiratórias crônicas apresentaram maiores indicadores de redução por essas ações, sendo que é crescente a prevalência de DM, HAS e obesidade, o que aponta a necessidade de maiores investimentos em políticas públicas (SCHMIDT et al., 2011).

Pesquisas para acompanhamento dos FR das DCNT também são financiadas pelo governo. Atualmente, existem, dois grandes estudos específicos que monitoram os FR e incidência para DC no país: (1) a Vigilância de FR e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (implantado em todas as capitais dos 27 estados brasileiros e no Distrito Federal pelo Ministério da Saúde, em 2006) e; (2) o Estudo Longitudinal da Saúde do adulto (ELSA), procedente de uma parceria entre o MS e o Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTIC), que avalia, desde 2005, funcionários de seis instituições públicas das regiões Nordeste, Sul e Sudeste do Brasil (BRASIL, 2014; DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2009). A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), oriunda de um acordo entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, com a adesão do Ministério da Educação, analisa FR e proteção à saúde do adolescente e, embora, avalie fatores de alimentação, atividade física, tabagismo e consumo de álcool e outras drogas, não é específica à avaliação de DCNT (BRASIL, 2013).

Os resultados da VIGITEL 2017 demonstram uma frequência de excesso de peso de 54,0%, quando juntas a média das 27 cidades brasileiras que entraram no estudo. A incidência é maior entre homens (57,3%) do que entre mulheres (51,2%). Isto se explica pelos hábitos da população, considerando que apenas 23,7% consomem a porção recomendada de frutas e hortaliças, e 37,0% praticam atividade física no tempo livre o equivalente a 150 minutos de atividade moderada por semana. Além disso, 61,0% dos brasileiros despendem de três horas ou mais no seu tempo livre para uso de algum dispositivo de tela (TV, Smartphone, tablete, PC). No conjunto das 27 cidades, a frequência de diagnóstico médico de HDA foi de 24,3% e a frequência do diagnóstico prévio de DM, de 7,6%, sem diferença entre os sexos.

O estudo longitudinal ELSA apresenta seus resultados por meio de 103 artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais (<http://www.elsa.org.br/noticias.html>). Dentre os principais resultados da coorte está a conclusão de que o comportamento dos 12 mil participantes do estudo tem forte relação com o desenvolvimento de DCNT. A pesquisa PeNSE (Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar) com foco em escolares (2015), constatou que jovens, do 9º ano do ensino fundamental, consomem mais guloseimas durante a semana (41,6%) do que legumes (37,7%) e frutas (32,7%). Ainda 60% dos estudantes assistem televisão por mais de duas horas ao dia e apenas 20,3%, dos jovens realiza pelo menos 60 minutos de atividade física por dia durante sete dias da semana acumulando 300 minutos semanais. Devido a um crescimento destes hábitos, é que nos últimos trinta anos a obesidade na adolescência quadruplicou no mundo todo (OMS, 2019) o que acarreta redução da sobrevida.

Se por um lado o país dispõe de políticas públicas de atenção as DCNT, por outro os estudos mencionados vêm demonstrando um aumento significativo dos



FR. Isto ocorre porque a maioria destes fatores estão fortemente associados ao comportamento. Neste sentido, os programas oferecidos para prevenção e melhora das DCNT deve ter foco na promoção da mudança comportamental, por meio de intervenções que contemplem as variáveis determinantes do comportamento.

## PREVENÇÃO E ESTILO DE VIDA: VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS, COGNITIVAS E EMOCIONAIS

A medida que a associação entre comportamento e saúde tornou-se mais evidente ao impacto da transição epidemiológica no Brasil e no mundo, outros estudos envolvendo comportamento e saúde foram requisitados para explicar quais comportamentos apresentavam risco a saúde e de que forma estes poderiam ser prevenidos, visto que a maioria das mortes prematuras por DCNT é largamente evitável. Foi sugerido que uma das possibilidades para prevenir este problema seria superar o modelo biomédico e incorporar ao sistema de saúde o modelo biopsicossocial que valoriza as relações entre o comportamento do sujeito aos fatores biológicos, emocionais e sociais. Ainda, em busca de possibilidades de prevenção, estimou-se que avaliar os hábitos de vida que determinam a saúde e o prognóstico, e em seguida, criar mecanismos de intervenção pautados na educação e empoderamento dos indivíduos quanto aos cuidados com a saúde poderia gerar resultados mais eficazes e equitativos às necessidades (WHO, 2013; SCHRAMM et al., 2004).

Os programas de saúde, subsidiados por pesquisas na área da Psicologia da Saúde, incluem intervenções de abordagem educacional e de autocontrole (*outcome*). A abordagem educacional ensina medicina preventiva aos sujeitos, que com esta nova informação passam a observar seus comportamentos para identificar quais implicam riscos à saúde, a fim de reduzi-los por meio de mudanças comportamentais e cognitivas (KERBAUY, 2002). Essa ação requer um grupo de profissionais que auxiliem esta compreensão o que muitas vezes não ocorre, pois, este trabalho é substituído por explicações prontas em manuais, cartilhas e vídeos que não asseguram a eficácia quanto ao objetivo proposto, gerando resultados desencorajadores e manutenção de comportamentos de riscos. Este modelo de intervenção não se adequa a todas as populações que procuram serviços públicos de saúde, pois muitos leem, sem produzir reflexão, uma vez que é escasso o suporte teórico ou conhecimento prévio para acomodar tais informações.

Nesse sentido, os programas de saúde pautados no autocontrole/autogestão, acontecem em sequência à abordagem educacional e, equivalem ao registro de situações e comportamentos, definição de metas e objetivos, planejamento de identificação de estímulos controladores e comportamentos alternativos, escolha e treino de técnicas para serem usadas em momentos específicos, diálogo relativo

às consequências danosas à saúde e de interrupção do programa ou possíveis recaídas. O acompanhamento desse processo deve ser realizado por psicólogos capacitados, a fim de garantir a eficácia da intervenção (ALMEIRA & MALAGRIS, 2011; ALMEIDA & MALAGRIS, 2015).

As DCNT podem ser prevenidas e/ou remediadas por meios da mudança do estilo de vida, no entanto, não há um comprometimento ativo no processo de saúde por grande parte da população que designa ao médico e ao sistema de saúde a responsabilidade de cura (ROLLNICK et al., 2009; WHO, 2003). Assim, profissionais e pacientes entram em um embate na qual, as orientações de autocuidado passam a ser aversivas para os pacientes. Um dos enfoques amplamente utilizado nos contextos de saúde para minimizar este impasse, resolver a ambivalência do paciente e incrementar a motivação para mudança, é a Entrevista Motivacional (EM) (LUNDAHL et al., 2013).

É importante compreender o que vem a ser a EM e como se insere no contexto das DCNT. A EM não é uma abordagem em si, é uma ferramenta que pode ser utilizada por qualquer profissional da área da saúde que esteja disposto a motivar seu paciente para realização de uma mudança. Trata-se de um estilo clínico habilidoso para evocar dos pacientes, suas boas razões para fazer mudanças comportamentais, no interesse de sua saúde. Este estilo é pautado em colaboração, evocação e respeito a autonomia do sujeito. Por meio de quatro princípios orientadores que formam o acrônimo RULE (Resist, Understand, Listen e Empower), os profissionais devem resistir ao seu reflexo de consertar as coisas, evitando conselhos diretos; compreender, explorar e respeitar as razões do paciente para fazer a mudança; escutar o paciente mais do que informar; fortalecer o paciente estimulando a esperança e o otimismo (SOUZA et al., 2012).

De acordo com a EM os pacientes não mudam porque simplesmente não querem, o que derruba o mito do paciente desmotivado. O que acontece é que muitas vezes eles têm uma crença distorcida de que a mudança não é possível. Por isso, é necessário que se estabeleça uma “conversa sobre mudança”, na qual o profissional seja capaz de estimular a crença de que mudar é possível, escutando se há desejo de mudança, se o paciente tem habilidades, razões e necessidade de modificar hábitos (acrônimo DARN – Desire, Ability, Reason, Needs). Esta conversa desenvolve-se em um cenário no qual o profissional deve fazer uso de perguntas abertas, reflexões, resumos e afirmações (acrônimo OARS – Open questions, Affirm, Reflect) (MILLER & ROLLNICK, 2000).

A EM é adotada no Brasil como a linha de primeira escolha para pacientes em tratamento da dependência química. É utilizada em programas como o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para redução do uso de tabaco (INCA, 2018). Há um serviço denominado número 132 (com o nome de Viva Voz) oferecido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em parceria com a Universidade

Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), com a Associação Mario Tannhauser de Ensino, Pesquisa e Assistência (AMTEPA), cujo objetivo é oferecer aconselhamento telefônico personalizado a usuários de drogas e familiares, na abordagem motivacional. As Diretrizes Brasileiras da Obesidade (2016) indicam o uso da EM, associada a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), para auxiliar na adesão a alimentação saudável e ao incremento dos níveis de atividade física.

O Modelo Transteórico de Mudança (MTT) também é uma linha de intervenção que utiliza a EM para auxiliar pacientes a modificar comportamentos refratários em saúde. Desenvolvido por Prochaska e Diclemente (1992) o modelo propõe que a mudança de comportamento é um processo e não um produto, ou seja, ela ocorre ao longo do tempo e depende de algumas dimensões. Ao analisar 29 sistemas de diferentes psicoterapias, os autores propuseram um modelo explicativo que envolvia uma dimensão temporal e uma processual interligadas. A dimensão temporal é descrita como estágios de prontidão e está relacionada a quando o sujeito está pronto para fazer a mudança, uma vez que isto está associado a suas crenças sobre mudar e sobre seu problema. Assim, é apresentado pelo MTT, os estágios de pré-contemplação (acreditar que não tem um problema e não precisa fazer mudança), contemplação (estar ambivalente quanto a mudar), preparação (decidir mudar cognitivamente, mas não ter colocado em prática sob a forma de ações ainda), ação (mudar o comportamento) e manutenção (ter automatizado a mudança). A evolução entre os estágios, até a manutenção, depende dos processos de mudança que são chamados pelos autores de “motores”, sendo cinco cognitivos e cinco comportamentais. Os processos cognitivos estão relacionados a processos internos e de pensamento, e constituem a maneira como a pessoa vê o comportamento a ser modificado. Os processos comportamentais representam as ações que o sujeito tem em relação à mudança.

Dessa forma, no MTT tanto a autoeficácia e a tomada de decisão são chamados de marcadores de mudança porque representam um importante preditivo de sucesso. A autoeficácia, explicada por Bandura (2006) remete as crenças relacionadas a capacidade do sujeito de transpor obstáculos. Estudos comprovam a importância da autoeficácia para adesão a intervenções de modificação do estilo de vida (SUSIN et al., 2015), no manejo de pacientes com câncer (HAUGLAND et al., 2016) e demonstram que as intervenções que aumentam a autoeficácia são efetivas na promoção da mudança de comportamento em saúde (SHEERAN et al., 2016). A tomada de decisão também é um ponto chave no MTT denominada de decisão para a mudança. Ocorre quando os prós e os contras da mudança são avaliados e consegue-se constatar as vantagens de mudar ou não, os hábitos. Além destes aspectos, o contexto em que a mudança ocorre é uma importante dimensão, sendo externo e interno. O ambiente externo é associado a alterações ambientais que independem do sujeito, mas que o

afetam, tais como, mudanças políticas, relacionamentos interpessoais condições econômicas, cultura. Já o ambiente interno diz respeito as características de personalidade do sujeito, habilidades cognitivas, situações da história e da vida do indivíduo, que possam influenciar a situação da mudança.

Para tanto, as experiências emocionais fazem parte do ambiente interno e auxiliam na avaliação de alternativas, oferecendo motivação para mudar ou fazer algo. As emoções são descritas como primárias, secundárias tendo valência, alerta e ativação motora (aproximação e esquiva) (TYE, 2018). A valência emocional diz respeito a experimentação de emoções positivas e negativas, sendo as positivas associadas ao metabolismo da dopamina e geralmente se traduzem em felicidade, satisfação, alegria, otimismo e bom humor. As emoções negativas remetem ao circuito da serotonina, e dizem respeito à raiva, tristeza persistente, frustração, preocupação e infelicidade (TYE, 2018). A valência emocional atribuída a uma determinada experiência está diretamente relacionada a tomada de decisão, uma vez que possui um potente efeito modulatório sobre o córtex visual e estruturas subcorticais (LINDQUIST et al., 2016). Esta ideia propõe que os indivíduos fazem julgamentos não apenas avaliando a gravidade dos desfechos e sua probabilidade de ocorrência, mas principalmente, em termos de sua qualidade emocional (Bechara, Damasio, & Damasio, 2000). Os estudos de SULLIVAN et al. (2018), corroboram e demonstram que dependentes químicos optam por utilizar a droga devido a recompensa imediata em detrimento aos problemas que o uso lhes causa. Neste sentido, a valência emocional pode ser um importante mediador de resultado em intervenções para mudança do estilo de vida, considerando que determinados hábitos mantêm-se por proporcionar uma valência positiva ao indivíduo.

Ademais, estar exposto a situações estressoras, como a DCNT, implica em emoções que podem influenciar em uma resposta mais ou menos adaptativa. Pode-se afirmar que a regulação emocional é a capacidade de o sujeito lidar com situações estressantes e desafiadoras de maneira saudável, sem deixar que elas causem prejuízos biopsicossociais (WARD-CIESIELSKI et al., 2016). Diante da experiência de uma DCNT emoções como ansiedade, tristeza ou raiva podem surgir junto a estratégias de enfrentamento problemáticas de lidar com a intensidade destas emoções que levam o sujeito a ter outros comportamentos problemáticos (LEAHY, 2013). Alternativas temporárias como comer, beber, automutilar-se (entre outros comportamentos), funcionam como esquiva experiencial sem eficácia a longo prazo, no caso de excessiva intensidade emocional. Ressalta-se que as experiências dissociativas como a desrealização, despersonalização, podem ser estratégias de enfrentamento ao entorpecimento emocional, no qual ocorre a excessiva desativação. Assim, a regulação emocional desenrola-se em qualquer alternativa utilizada pelo indivíduo para suportar a intensidade emocional indesejável (LEAHY, 2013). Além disso, existem estratégias mais ou menos adaptativas e isso

dependerá do contexto e da situação, mas a adaptação ocorre quando a estratégia utilizada proporciona um funcionamento produtivo.

Estudos que avaliam como a valência emocional intermedeia a relação entre estímulos adversos e o impacto sobre a saúde, concluem que a avaliação emocional dos estressores (positivo, negativo ou neutro) impactam diretamente na melhora das condições de saúde (FAORO & PEREIRA, 2012). Neste caso, as emoções negativas podem ocasionar ou agravar doenças cardiovasculares (CAPITANELLI et al., 2017). Por outro lado, ver com otimismo a possibilidade de tratamento pode aumentar as chances de adesão e melhora. Assim, as experiências emocionais vividas diante de DCNT podem ser tanto FR como de proteção dependendo da valência vivenciada frente aos estressores.

Este estilo está relacionado à maneira como o sujeito doente, a família ou sua rede social o percebem, vivenciam e respondem aos sintomas e sofrimentos ocasionados pela doença. Com relação ao câncer é uma doença que leva o sujeito a vivenciar desconfortos que acarretam impactos emocionais adversos. Desta forma se torna necessário incentivar estudos que promovam estratégias de enfrentamentos capazes de reduzir a dor e o sofrimento presente nas diversas fases da doença (GRANER, 2010).

De acordo com as informações do INCA (2017), as causas do câncer possuem origens variadas, podendo ser externas (relacionadas ao meio ambiente e aos hábitos e costumes) ou internas ao organismo (geneticamente predeterminadas) que está relacionada a capacidade do organismo em se defender de agressões externas, estando ambas as causas inter-relacionadas. A partir da detecção precoce do câncer é possível tornar o tratamento mais efetivo, com maior possibilidade de cura e melhor QV do paciente. Em decorrência do diagnóstico, surgem mudanças nos contextos sociais e psicológicos e estas mudanças podem influenciar na eficácia do tratamento, pois este depende muito do estado emocional do paciente. Dentre esses fatores, está a perda da autoestima, dores fortes, ansiedade, medo da morte, estresses, aborrecimentos, interrupção dos planos de vida, mudanças da imagem corporal e dos estilos social e financeiro, estes são alguns fatores que podem deixar os pacientes desmotivados e deprimidos (BERNAT et al., 2014).

No que tange ao cuidado ao paciente com câncer de mama, este deve se dar de forma integral. O modelo vigente utiliza propostas de cuidado formatadas a priori, não conseguindo, na maioria das vezes, chegar a singularidade de cada indivíduo (BRASIL, 2013). É necessário olhar a paciente, como um todo, uma pessoa que está necessitando de atenção e cuidado (MALTA & MERHY, 2010). As reações iniciais da mulher ao diagnóstico de um câncer de mama, reconhecidamente como um trauma, frequentemente incluem sintomas psicológicos como: ansiedade, depressão, impotência, desesperança e até mesmo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) (CORDOVA et al., 2007; KOUTROULI et al., 2012). Há evidências empíricas

crecentes de que a luta contra essa doença também pode levar à experiência de mudanças positivas. Assim, pode ocorrer o crescimento pós-traumático (CPT), definido como a percepção de mudanças positivas resultantes de esforços de enfrentamento pessoal após uma crise de vida. Dentre os cinco domínios do CPT encontramos: melhores relações interpessoais, maior apreciação pela vida e um maior senso de força pessoal, maior espiritualidade e mudanças positivas nas prioridades de vida e/ou objetivos de vida (TEDESCHI & CALHOUN, 1996; 2004; TEDESCHI & MCNALLY, 2011).

De acordo com o modelo social cognitivo de CPT (TEDESCHI & CALHOUN, 1996; 2004), um evento traumático, como o câncer de mama, desafia as crenças centrais sobre si mesmo, o mundo e o futuro (JANOFF-BULMAN, 2006). Este processo de desafiar crenças centrais tem sido descrito como um catalisador chave para o processamento cognitivo, mudanças positivas autopercebidas e surgimento de CPT (CANN et al., 2010). Em protocolo elaborado por Ramos et al. (2018), o estudo aponta para o quadro emocional, onde busca levantar informações relevantes, considerando aspectos cognitivos e afetivos da paciente relacionados ao crescimento pós-traumático, apesar da doença oncológica. Intervenções em grupo para mulheres com câncer de mama têm se mostrado útil nos domínios físico e psicológico em suas vidas. A revelação emocional e um apoio social satisfatório podem promover o processamento cognitivo relacionado à experiência traumática, o que pode ser um precursor do CPT (TEDESCHI & CALHOUN, 2004).

O suporte social pode ser promovido por intervenção psicossocial do trabalho em grupo, permitindo as participantes melhorar a avaliação positiva do evento traumático e engajar-se em um enfrentamento positivo, promovendo a revelação emocional e modelando o comportamento de enfrentamento. Desta forma, intervenções em grupo, podem ser utilizadas com a finalidade de promover o desenvolvimento de CPT (TEDESCHI & CALHOUN, 2004).

Dessa forma, o CPT emergirá quando o indivíduo perceber o evento como traumático ou estressante, de acordo com o modelo do CPT (TEDESCHI & CALHOUN, 2004). A proposta de uma intervenção em grupo, com mulheres com câncer de mama, visando trabalhar e reforçar aspectos positivos no enfrentamento a doença é composta por oito (8) encontros de 90 minutos, para grupos de 6-8 participantes, projetada para facilitar o CPT com base em intervenções descritas em trabalhos já realizados (TEDESCHI & MCNALLY, 2011; ZAKOWSKI et al., 2004).

No processo, cada sessão concentra-se em um dos seguintes temas: psicoeducação e normalização de reações emocionais; facilitação da expressão emocional e da comunicação; prática de habilidades de autorregulação emocional; medos e preocupações relacionadas ao câncer de mama; equilíbrio entre ganhos e perdas após o diagnóstico do câncer; construção de uma narrativa pessoal coerente; desenvolvimento de novos valores e prioridades de vida; redefinição de objetivos

e metas de vida. Dentre as estratégias cognitivo-comportamentais utilizadas, estão: psicoeducação da doença e do tratamento, relaxamento, escrita expressiva, mindfulness, entre outras. A avaliação dos aspectos cognitivos, emocionais e inter-relacionais para inserção no grupo é obtida diretamente por meio de entrevista com a paciente, buscando-se aspectos relevantes da interação, postura deste frente à situação atual, entre outros.

Intervenções eficazes para modificação do estilo de vida devem ter um caráter não só informativo, mas considerar todos os aspectos emocionais e cognitivos que regulam o comportamento. Nesta perspectiva, a TCC torna-se uma ferramenta essencial em contextos de saúde sendo indicada pelos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde como terapia de apoio de primeira escolha para mudança comportamental em DCNT (ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA, 2014; ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA OBESIDADE, 2015; O CUIDADO DA PESSOA TABAGISTA, 2015).

## A TCC NO TRATAMENTO E NA REABILITAÇÃO DAS DCNT

As doenças crônicas se desenvolvem lentamente, apresentam efeitos de longo prazo, são difíceis de prever e não têm chance de cura. A terapêutica oferecida possibilita apenas desacelerar ou impedir o progresso da doença. Contudo, algumas podem ser prevenidas ou controladas por meio de detecção precoce, mudanças no estilo de vida e acesso a tratamento adequado recomendado pelo profissional de saúde (WHO, 2011a; GUIMARÃES, 1999). No entanto, quando tange a mudança de comportamento, a adesão aos programas de tratamento é baixíssima. A taxa de desistência, por exemplo, em programas para perda de peso na população de adultos é alta (MOROSHKO et al., 2011) e se tratando de adolescentes, quase metade desiste do tratamento quando este envolve mudança de hábitos alimentares e aumento de atividade física (FRANÇA, 2013).

Portanto, entende-se a adesão como um processo complexo e um desafio que envolve a atuação tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde. Os fatores que interferem na adesão ao tratamento, podem ser relacionados ao paciente: como sexo, idade, raça, escolaridade, etnia, estado civil, ocupação, nível socioeconômico, religião, peso e a valência emocional atribuída ao comportamento a ser alterado (HAYASIDA, 2010; MARTINS, 2008). Alguns fatores estão relacionados com a própria doença. Pode-se citar dentre esses fatores, a cronicidade, o próprio conhecimento sobre sua patologia, assim como as possíveis complicações, além das crenças e perspectivas acerca do tratamento e também o envolvimento dos familiares no processo. Ainda, a qualidade do relacionamento da equipe de saúde com o paciente e as especificidades do tratamento são incluídos nesse grupo de fatores. Ademais, falar sobre adesão é de extrema importância quando se trabalha com protocolos, uma vez que esta é a medida de avaliação da efetividade das intervenções.

A OMS (WHO, 2003) define a adesão como o grau em que o comportamento de uma pessoa – representado pela ingestão de medicação, seguimento da dieta e mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações de um médico ou profissional de saúde. De acordo com essa visão, a adesão ao tratamento implica uma atitude ativa do paciente, envolvido de forma voluntária e colaborativa em conjunto com o profissional de saúde, visando a uma mudança de comportamento. Leite e Vasconcellos (2003), entre outros autores, afirmam que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total, observando horários e doses no uso dos medicamentos, tempo de tratamento, comparecimento às consultas, grupos de apoio, prática de exercícios físicos, seguimento de regimes alimentares e abandono de comportamentos de risco (DELGADO & LIMA, 2001; ALVES & CALIXTO, 2012).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que muitos pacientes têm dificuldade em seguir o tratamento recomendado e aponta que a baixa adesão é um problema mundial (WHO, 2005). Essa dificuldade pode ser encontrada tanto em indivíduos com doenças agudas quanto naqueles com doenças crônicas, sendo mais frequente em tratamentos longos, em que aumenta o número de recidivas ou recaídas. A não adesão pode levar a complicações médicas, psicossociais e desperdício de recursos dos sistemas de saúde.

A não adesão ao regime terapêutico refere-se à atitude ou comportamento do indivíduo que não condiz com o conjunto de medidas prescritas para o controle da doença. Ela pode ser definida como: erros na dosagem ou na temporalidade da medicação, intencionais ou acidentais; faltas às consultas; e comportamentos de mudança errados ou mesmo não implementados (ROCHA, 2008; SOUSA, 2009; DIAS et al., 2011). Assim, a não adesão por parte dos pacientes aos regimes terapêuticos se constitui um dos problemas mais importantes atualmente no tratamento de DCNT (MARTINS, 2008). O sucesso da terapia proposta, o controle da doença crônica e a prevenção de uma patologia dependem da adesão ao tratamento (LEITE & VASCONCELLOS, 2003; GUSMÃO & MION JR., 2006). A forma como o paciente lida com a enfermidade, o regime terapêutico e as necessidades de mudanças em seus hábitos de vida representam uma variável importante que influencia diretamente o curso dessa enfermidade, a evolução do tratamento e as repercussões para a qualidade de vida (MARTINS, 2008). Em suma, a adesão ao tratamento é fundamental para o gerenciamento de uma DCNT, possibilitando seu efetivo controle, sendo preciso que o indivíduo siga as orientações médicas, como tomar a medicação, seguir a dieta e mudar o estilo de vida.

Diversos ensaios clínicos randomizados e estudos experimentais utilizando a TCC buscaram efeito de protocolos de tratamento por meio de desfechos considerados medidas de adesão (HOFMANN et al., 2012). Almeida (2016) desenvolveu um estudo cujo objetivo foi elaborar, administrar e avaliar um protocolo



de intervenção cognitivo-comportamental para melhorar a adesão ao tratamento em pacientes com HAS e DM. O estudo foi dividido em três etapas: o objetivo da primeira etapa foi levantar quais eram as recomendações dadas pelos médicos da instituição aos pacientes para tratamento da HAS e DM e seu grau de importância; o objetivo da segunda etapa foi elaborar e validar um questionário sobre fatores que interferem na adesão e um inventário de nível de adesão; já a terceira etapa envolveu avaliar e comparar o nível de adesão no grupo experimental (GE) antes e após a intervenção cognitivo-comportamental e no *follow-up* de dois meses, comparando com o nível de adesão do grupo controle (GC) na mesma passagem de tempo. Participaram da primeira etapa três profissionais da instituição, que atuam diretamente no tratamento dos pacientes com HAS e DM. Na segunda etapa, participaram 82 indivíduos com HAS e/ou DM em diversos contextos para obtenção de uma amostra diversificada. A terceira etapa incluiu 15 pacientes selecionados aleatoriamente dentre os participantes da segunda etapa compondo-se dois grupos: GE (experimental) e GC (controle). Como instrumentos, foram utilizados: Questionário sobre recomendações médicas para pacientes com HAS e/ou DM, Questionário de Indicadores de Adesão, Questionário sobre Fatores que Interferem na Adesão e o protocolo de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e às recomendações médicas, todos desenvolvidos pela autora do estudo. Observou-se certa discrepância entre os itens que são recomendados pelos médicos e o grau de importância conferido a eles. As recomendações consideradas mais importantes pelos profissionais foram: uso de medicação, mudança no estilo alimentar, controle de peso e prática regular de atividade física. Na segunda etapa, pacientes com HAS foram prevalentes no estudo e 83,1% não foram considerados aderentes ou aderiram parcialmente às recomendações médicas. Os fatores percebidos pelos participantes como influenciando positiva ou negativamente na adesão foram acrescentados no protocolo de intervenção desenvolvido, que incluiu estratégias de base cognitivo-comportamental. Os resultados apontaram que a intervenção no GE foi significativa, principalmente quando comparados ao GC, podendo-se concluir que a intervenção alcançou seu objetivo.

Hayasida (2010) analisou o efeito de uma intervenção psicológica em TCC, de forma individual, efetuada antes e depois da cirurgia, em pacientes submetidos à Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (CRM) sobre os desfechos da ansiedade, depressão e QV, através dos instrumentos: entrevista estruturada e de intervenção, Inventário de Ansiedade (BAI) e de Depressão (BDI) de Beck e o instrumento World Health Organization Quality of Life (WHOQoL-Bref). Participaram do estudo 50 pacientes, divididos em dois grupos, sendo 25 controle (GC) e 25 experimental (GE), avaliados em três momentos: pré, pós-operatório e reteste (*follow-up*). Aplicou-se nos pacientes do GE, intervenção com técnicas de manejo na abordagem referida e, em ambos os grupos, psicoeducação. O

objetivo da intervenção foi tentar prevenir o aumento da ansiedade e depressão associadas à reabilitação no pós-operatório, através da promoção de aprendizagem de estratégias da TCC para reduzir as consequências psicológicas negativas associadas à doença cardiovascular (DAC), e da educação sobre a doença e seu tratamento, no sentido de capacitar os participantes a lidarem de modo mais eficaz com as dificuldades de adaptação e ajustamento aos padrões comportamentais da doença e seu tratamento cirúrgico. Ao longo das intervenções, procurou-se influir positivamente sobre as crenças a respeito da doença, fornecendo informações que pudessem ajudar o paciente a lidar com eficácia e assertividade e ser um participante mais ativo no processo da DAC e tratamento. Houve aumento dos sintomas de ansiedade no GE (M= 23.28) no primeiro momento, pois relataram ter sobrevivido ao tratamento cirúrgico. Ao longo das intervenções, observou-se uma redução progressiva da ansiedade, quando comparada ao primeiro momento, pós (M= 11.56) e reteste (M= 9.64). No GE, comparado com o GC, houve uma diminuição dos sintomas de ansiedade ao longo das intervenções, enquanto no GC foi observada diminuição entre as fases pós e reteste (pré M= 19.50, pós M= 26.00, e reteste M= 16.95). Os dados foram indicativos de que a intervenção em TCC ajudou os pacientes que a receberam a manejar melhor seus sintomas de ansiedade. Quanto à depressão, verificou-se no GC que não houve variação significativa entre os valores nos três momentos (pré M=21.63, pós M=21.81, e reteste M=20.09). Para o GE, houve uma redução significativa entre a medida de depressão no momento inicial e nos dois momentos seguintes (pré M=17.04, pós M=12.28, e reteste M=11.84), indicando redução da depressão para os que receberam intervenção em TCC. Quanto à QV, observou-se que o período pós cirurgia trazia melhoria na vida dos pacientes, para ambos os grupos. Os dados revelam, quando comparados, a redução dos sintomas de ansiedade, depressão e QV dos pacientes e apontam benefícios para aqueles que receberam orientação e apoio na abordagem psicológica referida, em relação àqueles que receberam orientação médica tradicional.

Criou-se, como parte integrante do protocolo de intervenção: avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão, através da folha registro e construção do modelo cognitivo idiossincrático da ansiedade; disponibilização de um manual didático sobre a doença cardíaca; treino de respiração diafragmática; reestruturação cognitiva; introdução de estratégias de regulação emocional; exposição comportamental e interoceptiva e a prevenção da recaída.

Algumas doenças da atualidade têm na sua base comportamentos de risco desenvolvidos e mantidos por consequências reforçadoras. Os princípios cognitivos e comportamentais propiciam um entendimento a respeito da doença, seu desenvolvimento e seus fatores mantenedores – como crenças disfuncionais a respeito da doença, do profissional de saúde e do tratamento – que interferem

no processo saúde-doença, na adesão ao tratamento médico e na mudança de comportamentos de risco e estilo de vida (COSTA et al., 2008).

Dentre os objetivos da TCC para problemas crônicos de saúde estão: mudança comportamentos de saúde e crenças mal adaptativas, incluindo modificação das representações da doença que interferem no tratamento, na aceitação da doença e na adesão; modificação das distorções cognitivas; aumento da autoeficácia e autoestima; redução do uso de substâncias; diminuição da dependência excessiva dos outros; redução dos conflitos interpessoais. As intervenções incluem reestruturação cognitiva, reatribuição positiva, análise do custo-benefício, treino em habilidades de coping, treino em habilidades sociais e assertividade. Algumas estratégias comportamentais podem ser utilizadas e adaptadas para os problemas crônicos de saúde, como a estratégia baseada em exposição, respiração e relaxamento, uso de reforço, modelação e role play, lista de atividades e experimentos comportamentais para trabalhar crenças. Como métodos de avaliação podem ser usados questionários de autorrelato, entrevistas estruturadas, relatórios médicos e realização de diários (WHITE, 2001; SPERRY, 2009).

As evidências científicas em terapia cognitivo-comportamental (TCC) estão em permanentes mudanças. É uma modalidade breve de atendimento, continuamente interessada na busca de intervenções cada vez mais breves e eficazes. Atualmente, vem sendo considerada a abordagem psicológica padrão ouro uma vez que: (1) A TCC é a forma mais pesquisada de psicoterapia; (2) Nenhuma outra forma de psicoterapia demonstrou ser sistematicamente superior à TCC; (3) Além disso, os modelos teóricos / mecanismos de mudança da TCC têm sido os mais pesquisados e estão alinhados com os atuais paradigmas da mente e do comportamento humanos (DAVID et al., 2018).

A elaboração de instrumentos como protocolos de intervenção, adotados pelas instituições de saúde, vinculadas às universidades e validados pelos profissionais que atuam na área psicológica e quando integradas aos princípios do Sistema Único de Saúde (hospitais, unidades básicas, clínica-escola etc.) podem desempenhar um papel fundamental no sentido de tornar a atenção à saúde de melhor qualidade e resolutividade.

## A UTILIZAÇÃO DE PROTÓCOLOS EM AMBIENTES DE SAÚDE

Protocolos são desenvolvidos e respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma dada área, e servem para orientar condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde. Os protocolos conferem direcionalidade, atualidade e adequação as ações cotidianas, sejam estas de caráter clínico ou de estruturação do cuidado (WERNECK et al., 2009). O MS (2005) instituiu a Portaria de nº 816 com o intuito de estabelecer critérios

para avaliação, aprovação e incorporação de protocolos clínicos e assistenciais. Desta forma o MS (2018) disponibiliza protocolos para atenção primária e para outros níveis de atenção.

Atualmente, é enfatizado sobre como alcançar um estilo de vida saudável e mantê-lo, em meio a tantas prioridades na vida dos indivíduos. A necessidade de protocolos origina-se da avaliação de uma situação-problema, com a reflexão sobre os aspectos envolvidos na situação e a elaboração de uma proposta que objetiva a resolução dos problemas detectados, orientando o processo de trabalho. É necessário desenvolver um espírito crítico, refletir sobre como as ações para a saúde, que devem ser desenvolvidas com a finalidade em alcançar a qualidade e eficácia destas. Os protocolos podem contribuir de forma efetiva para a implementação de rotinas unificadas e definir padrões de tratamentos. São um conjunto de dados que permitem direcionar o trabalho e registrar oficialmente o material coletado na resolução ou prevenção (SANTOS et al., 2012). Se forem bem utilizados e seus resultados efetivos, poderão otimizar o atendimento e trazer maior segurança aos profissionais que desejem atuar nas mesmas situações (ARAÚJO, 2011). A saúde baseada em evidências deve ser o norte na direção e construção dos protocolos para eliminar as decisões adquiridas na prática cotidiana do profissional (SANTOS et al., 2012; WERNECK et al., 2009).

A psicologia baseada em evidências é um movimento que iniciou frente a demanda da Associação Americana de Psicologia (APA) que em 2005 deu origem a Força Tarefa sobre Prática Clínica Baseada em Evidência. Esta foi uma tentativa para articular a pesquisa com a prática clínica de modo a qualificar os serviços prestados em psicologia. De acordo com Melnik e Atallah (2011) a psicologia baseada em evidências caracteriza-se como a integração da melhor evidência disponível pela pesquisa à habilidade técnica do psicólogo, contextualizando as características psicossociais dos pacientes. Esta concepção permite que a prática seja sistematizada no âmbito da clínica, hospitais, institucionais e acadêmicos. Apesar dos esforços, tanto o MS quanto o Conselho Federal de Psicologia (CFP) não dispõe de material de orientação para a elaboração de protocolos específicos na área da psicologia para doentes crônicos.

No Brasil, os protocolos de tratamento para atenção básica, primária ou assistencial são difundidos na rede pública de saúde por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS). A Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009, determina as áreas específicas que são enquadrados para financiamento da produção de novos conhecimentos e práticas em áreas e estratégicas que configuram novas tecnologias interdisciplinares em saúde para viabilização no SUS.

Na maioria das vezes os protocolos são multiprofissionais e interdisciplinares, pois visam o atendimento integral do paciente. Acredita-se que seja inegável que as

equipes de saúde partilhem, em cada área de atividade, de orientações padronizadas, que se transformam em guias para sua prática diária. Os protocolos que podem dirimir desde simples dúvidas do dia a dia até problemas mais complexos e de resolução mais laboriosa (BREUEL, 2016).

O psicólogo que deseja desenvolver um protocolo deve seguir alguns passos da pesquisa científica aplicada, por possuir vários procedimentos: (a) definir um problema para o qual se busca a solução, problema este que no caso do serviço traduz-se em uma demanda clínica; (b) propor uma maneira de avaliar o problema; (c) desenvolver e descrever as formas que serão utilizadas para solucionar o problema; (d) intervir na direção da solução do problema e (e) avaliar os resultados da intervenção (GORAYEB & GUERRELHAS, 2003). É importante ressaltar a necessidade de se criar um material que seja de fácil entendimento: a linguagem deve ser clara e objetiva, indo ao encontro do nível cultural e cognitivo do paciente e ser de fácil memorização. Por vezes, os pacientes podem ser analfabetos ou ter um grau de instrução muito baixo, sendo necessário ter o cuidado de se utilizar materiais ilustrativos e técnicas de TCC infantil, mas com o cuidado de não infantilizar o paciente. Ademais, a sistematização da atuação do Psicólogo no contexto da Saúde propicia a identificação: (1) dos fatores contextuais, comportamentais ou cognitivo-conceituais que levaram o indivíduo ao adoecimento; (2) da percepção deste indivíduo acerca da situação de internação e/ou tratamento; e (3) das alterações contextuais, comportamentais ou cognitivo-conceituais que incorrerão a partir da experiência do adoecimento.

A elaboração de um protocolo demanda a descrição minuciosa de linhas de cuidado, por isso direcionam o trabalho de quem irá proporcionar a prevenção ou resolução de um problema. Neste sentido é necessário que constem a descrição de uma situação específica de assistência, com todos os seus detalhes operacionais e especificações sobre o que se deve fazer, como fazer, quem irá fazer e o tempo para estas tarefas. Um protocolo pode prever ações de avaliação ou de cuidado tais como diagnóstico, tratamento, intervenções educacionais, emocionais e sociais. Devido a esta natureza, auxilia a conduzir na tomada de decisão de profissionais para a prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde (WERNECK et al., 2009).

O caráter interdisciplinar confere a intervenção protocolar uma ação compartilhada pautada no princípio da integralidade do sujeito. Quando se trata de DCNT a intenção é que a construção seja coletiva, com bases éticas legais e científicas. É de extrema importância ainda, que as ações descritas sejam pautadas na medicina baseada em evidências eliminando decisões baseadas somente no conhecimento adquirido a partir da prática cotidiana individual.

O Conselho Nacional de Enfermagem (COFEN) apresenta um Guia de Construção de protocolos Assistenciais (2017) que pode ser útil no âmbito

da psicologia. O Manual sugere os seguintes elementos como essenciais para apresentação de um protocolo, como apresentado abaixo, no Quadro 1.0:

<b>Quadro 1 - Guia de Construção de protocolos Assistenciais</b>	
»	<b>Título do protocolo</b>
»	<b>Introdução do protocolo:</b> item no qual deve ser apresentado uma breve introdução sobre o tema geral da intervenção.
»	<b>Revisão de literatura:</b> neste item deverá constar as evidências científicas nas quais embasam-se o protocolo, bem como considerações sobre a segurança do uso da intervenção e seu custo-benefício.
»	<b>Objetivo(s):</b> informações sobre as metas a serem atingidas com o uso do protocolo e o grupo de profissionais que deve utilizá-lo.
»	<b>Recursos físicos e materiais:</b> Descrição dos recursos materiais, humanos e financeiros necessários.
»	<b>Atribuições de cada categoria profissional:</b> em caso de tarefas multiprofissionais é importante que cada profissional tenha descrito qual sua responsabilidade na aplicação do protocolo.
»	<b>Fluxograma:</b> o fluxograma está relacionado ao manejo do paciente desde o início da aplicação do protocolo e de todos os passos que são dados até o final. Trata-se de uma representação gráfica.
»	<b>Resultados esperados e desfechos:</b> neste item é importante deixar claro quais os resultados que se espera com a aplicação do protocolo, bem como deixar claro as principais variáveis de desfecho que o tornam eficaz.
»	<b>Implementação:</b> descrição do plano de implantação do protocolo, desde a necessidade de treinamentos, ensaios até o cronograma de datas previstas.
»	<b>Referências:</b> As referências dizem respeito a literatura que respaldou o uso de determinadas técnicas. Além de literatura sobre a abordagem/técnicas a serem utilizadas, deve-se apresentar estudos de revisões sistemáticas e ensaios clínicos que remetam a medicina baseada em evidência.
<b>Fonte: Adaptado do Guia de Construção de protocolos Assistenciais, 2017</b>	

Como mencionado anteriormente, na área da psicologia não há um guia para orientar os profissionais na elaboração do material. Para facilitar a compreensão da aplicabilidade na área, será apresentado um exemplo de sessão protocolar que contempla os itens mencionados acima.

## **PROTOS DE INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR BASEADO NO MODELO TRANSTEÓRICO DE MUDANÇA (MTT) PARA AUXILIAR ADOLESCENTES COM SOBREPESO OU OBESIDADE A MODIFICAR O ESTILO DE VIDA.**

O Protocolo fez parte de um ensaio clínico randomizado intitulado Modificação do Estilo de Vida e Risco Cardiovascular (MERC) (RIBEIRO et al., 2016). Trata-se

de uma intervenção com 12 encontros grupais e semanais de 1h30min cada. Para manter o caráter interdisciplinar da intervenção, os grupos foram conduzidos por um profissional da psicologia, um da nutrição, um da educação física ou fisioterapia e um da enfermagem. Cada sessão buscou focar em um tema específico de modo a compor coerência com a abordagem teórica e com o propósito do estudo.

As sessões foram baseadas em um outro protocolo já utilizado em adultos com síndrome metabólica (LUDWIG, 2012) que teve origem em um Manual de tratamento americano (VELASQUEZ et al., 2001). Neste sentido, a equipe buscou inicialmente uma revisão sistemática da literatura a fim de avaliar quais os componentes essenciais e eficazes nas intervenções com adolescentes obesos (BOFF et al., 2016). Após a decisão de que o estudo seria interdisciplinar, o passo a passo de cada encontro foi feito em conjunto, de modo que os assuntos de cada área da saúde se conectavam através da mesma abordagem.

O protocolo foi feito com base nos processos de mudança e nos estágios de prontidão para mudança. Assim os seis primeiros encontros contemplaram os estágios de pré-contemplação, contemplação e preparação e os seis últimos de ação e manutenção. Os processos de mudança foram alvo dos encontros e desenvolvidos por meio de técnicas cognitivas e comportamentais.

O objetivo principal foi auxiliar na melhora dos índices relacionado a alimentação saudável (IAS); melhorar a capacidade cardiorrespiratória; perfil glicêmico; lipídico e antropométrico por meio de mudanças de hábitos alimentares. Neste contexto as variáveis emocionais, cognitivas e comportamentais tornaram-se mediadoras e moderadoras para o resultado esperado. Os recursos para utilização durante as intervenções foram financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com o Edital Universal 483257/2013-3 e Universal 455106/2014. Houve também financiamento do Edital de Infraestrutura da PUCRS/PRAIAS (01/2014). Treinamentos interprofissionais aconteceram antes da implantação, bem como a validação do protocolo por meio de um grupo piloto.

Todos os 12 encontros possuem a mesma estrutura, compartilham da busca pelos resultados mencionados, mas cada encontro dispõe de um objetivo específico e dos elementos essenciais para nortear a prática dos profissionais que o aplicam. Para ilustrar o exposto, será apresentado no Quadro 2.0 uma sessão de intervenção que compõe este protocolo:

Quadro 2 – Sessão 7 – mesa das tentações: identificando gatilhos, gerenciando desejos e impulsos
<b>Foco:</b> estágios de mudança Ação e Manutenção
<b>Duração:</b> 1h
<b>Objetivo geral do encontro:</b> Trabalhar os processos de mudança controle de estímulos e contracondicionamento.
<b>Fundamentação Teórica da sessão:</b> O condicionamento respondente e juntamente com o condicionamento operante, determinam as escolhas alimentares (SKINNER, 1970). Utilizando os processos de contracondicionamento e de controle de estímulos é possível colocar em extinção a aprendizagem respondente (que pode ser à vontade, a salivação frente a doces por exemplo) e controlar os operantes (comprar os doces e ingeri-los). Controle dos estímulos envolve evitar ou alterar “gatilhos” para sair da dieta ou não fazer exercício físico, de modo que a probabilidade de lapso e ou recaída é reduzido. Os adolescentes podem usar o controle de estímulos para alterar gatilhos, parando e redirecionando um desejo ou impulso antes de agir. Eles estarão utilizando o contra-condicionamento ao substituir os desejos e os impulsos por pensamentos e ações saudáveis.
<b>Objetivos:</b> Nesta sessão, o profissional deve ajudar os adolescentes a identificar os “gatilhos” que os levam a se alimentar de forma não saudável, e depois a gerar ideias para alterar aqueles gatilhos. Recomenda-se que se façam perguntas “abertas” e ressalte aos adolescentes como eles identificam seus “gatilhos” e opções para usá-los. Escutar declarações sobre intenção para mudar e refletir isso para o grupo é fundamental.
<b>Materiais necessários:</b> Réplicas de alimentos saudáveis e não saudáveis (mesa das tentações); Tablet; Cópias do material de apoio “Gerenciando desejos e impulsos”.
<b>Passo a Passo:</b>
<b>Passos 1: Abra a sessão e introduza o tópico – Facilitador Psicologia – (tempo: 5min)</b> Depois de verificar como foi a semana dos participantes o facilitador deverá explicar aos adolescentes o conceito de “gatilho” e que muitas vezes os gatilhos estão relacionados a reações fisiológicas. Deverá ser abordado o conceito de situações tentadoras e como elas influenciam no comportamento de comer mesmo que o sujeito não esteja com fome.
<b>Passo 2: Convite à mesa – Facilitador Psicologia – (tempo 10min)</b> O facilitador da psicologia convida os adolescentes a contemplarem uma mesa com réplicas com alimentos saborosos e experimentarem suas sensações, prestando atenção nelas.
<b>Passo 3: Trabalhando fome fisiológica e psicológica, fracionamento e ativação do metabolismo- Facilitador Nutrição (tempo: 20min)</b> O facilitador da nutrição utiliza o tablet para explicar diferenças entre fome fisiológica e psicológica e abre uma discussão sobre o tema.
<b>Passo 4: Trabalhando os gatilhos – Facilitador Psicologia – (tempo: 10min)</b> Os adolescentes deverão ser convidados a refletir sobre formas de lidar com as situações tentadoras. Para isso deverá ser utilizado o material de apoio “Gerenciando Desejos e Impulsos”.
<b>Passo 5: Feche a sessão – (tempo: 5min)</b> Um resumo da sessão deverá ser feito e um questionamento sobre a compreensão de todos acerca do tema abordado.
<b>Resultados esperados:</b> Espera-se que neste encontro os adolescentes desenvolvam estratégias de automonitoramento para comportamentos respondentes e situações que possam ser tentadoras para maus hábitos alimentares. O intuito é que por meio de contracondicionamento e controle de estímulos comportamentos alimentares saudáveis se mantenham evitando recaídas.

Fonte: Boff, 2018, reproduzido com autorização

A importância da construção de protocolos baseia-se no aperfeiçoamento dos serviços prestados pelos profissionais e serviços de psicologia. A partir de preceitos da prática baseada em evidências e dos aspectos éticos e legais da



psicologia, este capítulo buscou sintetizar os aspectos relevantes para auxiliar os profissionais na elaboração de protocolos de tratamento. Vale ressaltar que a psicologia baseada em evidências pauta estratégias de decisão sobre as melhores práticas de assistência, mundialmente utilizadas, que precisam ser cada vez mais ser difundidas e adotadas pela área.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fragmentação do sistema de saúde é ainda um grande desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema de saúde, busca fortalecer a população, sendo este um dos aspectos fundamentais na atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica. É pertinente a construção de esforços de todos os atores envolvidos, principalmente quando se trata da articulação e da comunicação entre os componentes da equipe de saúde.

Apesar da ciência ter progredido no entendimento e tratamento da DCNT, acreditamos que em relação a existência de um modelo ou Guia em protocolos, poderá evoluir ainda mais. Para tanto, carecemos de estudos que na sua elaboração incluam propostas em TCC, tais como: adesão ao tratamento e modificação do estilo de vida, que se trabalhe com as incongruências entre cognições, metas e comportamentos apresentadas por esses doentes, e que verifiquem se há influências de valências emocionais. Além disso, a literatura traz evidências de sua eficácia médio e a longo prazo, com utilização de várias técnicas e estratégias terapêuticas que incidem sobre mudanças no comportamento, que objetivam contribuir com o desenvolvimento do autocuidado e autocontrole desta patologia, com intervenções clínicas mais precisas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. A.; MALAGRIS, L. E. N. A prática da Psicologia da Saúde. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 14(2), p. 183-202, 2011.

\_\_\_\_\_. Psicólogo da Saúde no hospital geral: um estudo sobre a atividade e a formação do psicólogo hospitalar no Brasil. *Revista Ciência e Profissão*, 35(3), p. 754-767, 2015.

\_\_\_\_\_. *Adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes: elaboração de um inventário de adesão e de um protocolo de intervenção cognitivo-comportamental*. Tese de doutorado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

ALVES, B.A.; CALIXTO, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of the Health Sciences Institute*, 30(3), p. 255-260, 2012.

ALVES, G. S.; VIANA, J. A.; SOUZA, M. F. S. Psico-Oncologia: Uma aliada no tratamento de câncer. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC/MG*, 3(5), p. 520-537, 2018. ISSN: 2448-0738.

ARAÚJO, J. M. *Construção, composição e implantação de protocolos clínicos nas ações de atenção primária*. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Corinto, MG, 2011.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. *Diretrizes Brasileiras da Obesidade*, 2016. [internet]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BANDURA, A. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. In: F. Paja. *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 307–337). Greenwich, CT: Information Age Publishing, p. 307-337, 2006. Disponível em: <https://motamem.org/wp-content/uploads/2020/01/self-efficacy.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2023.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. DOU de 20/09/1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências, 13p, 1990. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080\\_190990.htm](http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm). Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor*. Rio de Janeiro: INCA. p. 124, 2001a. ISBN: 85-7318-079-X.

\_\_\_\_\_. *Projeto de Lei n. 5.921 de 2001*. Proíbe a publicidade dirigida à criança e regulamenta a publicidade dirigida a adolescentes. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor* (70-74), 3(5), p. 520-537, 2001c. ISSN: 2448-0738. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/manuais/cuidados-paliativos-oncologicos-controle-da-dor>. Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. *Dez passos para a promoção da alimentação saudável nas escolas* Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/dez\\_passos\\_pas\\_escolas.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/dez_passos_pas_escolas.pdf). Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. *Projeto de Lei nº 150 de 2009*. Introduce modificações na Lei nº 10.895, de 26 de dezembro de 1996, que instituiu o Fundo de Fomento Automotivo do Estado do Rio Grande do Sul - FOMENTAR/RS, Diário Oficial da

Assembléia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul, 2009a. Disponível em: <http://proweb.procergs.com.br/Diario/DA20090831-01-100000/EX20090831-01-100000-PL-150-2009.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Relatório de Auditoria Operacional/Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, p. 132, 2011a. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/auditoria-operacional-na-politica-nacional-de-atencao-oncologica.htm>. Acesso em: 19 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica*. Brasília, DF, 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica obesidade*. Brasília, DF, 2015a.

\_\_\_\_\_. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. *Caderno de Atenção Básica, estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista*. Brasília, DF, 2015b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada* (RDC nº 24). Dispõe sobre a regulação da publicidade de alimentos. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis*, 2011b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1). Acesso em: 15 agost. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BECHARA, A.; DAMASIO, H.; DAMASIO, A. R. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*, 10(3), p. 295-307, 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10731224>. Acesso em: 10 jan. 23.

BERNAT, A. B. R.; PEREIRA, D. R.; SWINERD, M. M. (org.). *Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?* Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)*. Ministério do Desenvolvimento Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2015. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>. Acesso em: 10 jan. 23.

BREUEL, P. A. F. Manual de Procedimentos Operacionais dos Serviços Técnicos de Serviço Social, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. *Coleção Protocolos HMEC*. 2ª ed. Hospital Municipal e Maternidade Escola Dr. Mário de Moraes Altenfelder Silva. Vila Nova Cachoeirinha - PMSP-SMS, 2016.

BOFF, R. M.; DORNELLES, M. A.; FEOLI, A. M. P.; GUSTAVO, A. D. S.; OLIVEIRA, M. D. S. Transtheoretical model for change in obese adolescents: MERC randomized clinical trial. *Journal Health Psychology*, 1359105318793189, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30112914>. DOI: 10.1177/1359105318793189.

\_\_\_\_\_; LIBONI, R. P.; BATISTA, I. P.; DE SOUZA, L. H.; OLIVEIRA, M. D. (2016). Weight loss interventions for overweight and obese adolescents: a systematic review. *Eat Weight Disorders*. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27542161>. DOI:10.1007/s40519-016-0309-1.

\_\_\_\_\_; SEGALLA, C. D.; FEOLI, A. M. O.; GUSTAVO, A. S.; OLIVEIRA, M. S. O. O Modelo Transteórico para Auxiliar Adolescentes Obesos a Modificar Estilo de Vida. *Trends in Psychology*, 26(2), p. 1055-1067, 2018. DOI: 10.9788/TP2018.2-19Pt.

CORDOVA, M. J.; GIESE-DAVIS, J.; GOLANT, M.; KRONENWETTER, C.; CHANG, V.; SPIEGE, D. Breast Cancer as Trauma: Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth. *J Clinical Psychology Medicine Settings*, 14, p. 308-319, 2007. DOI: 10.1007/s10880-007-9083.

CANN, A.; CALHOUN, L. G.; TEDESCHI, R. G.; TAKU, K.; VISHNEVSKY, T.; TRIPLETT, K. N.; DANHAUER, S. C. A short form of the Posttraumatic Growth Inventory. *Anxiety Stress and Coping*, 23(2), p. 127-37. DOI: 10.1080/10615800903094273.

CAPITANELLI, I.; GARBARINO, S.; MAGNAVITA, N. Stress and cardiovascular risk in police: A systematic review. *European Journal of Public Health*, 27, suppl\_3, p. 187.383, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx187.383>.

COSTA, P. T. O.; SIQUEIRA, G. S. F.; HAYASIDA, N. M. A. Terapia cognitivo-comportamental e psicologia da saúde. *Dialógica [online]*, 1, 4, 0-0, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Guia para construção de protocolos assistenciais em enfermagem*. São Paulo: COREN São Paulo. Pimenta, Cibele

A. de M...[et al.]. Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem/Cibele A. de M. Pimenta...[et al.]; COREN-SP – São Paulo: COREN-SP, 2015.

DAVID, D.; CRISTEA, I.; HOFMANN, S. G. (2018). Why Cognitive Behavioral Therapy Is the Current Gold Standard of Psychotherapy. *Front Psychiatry*, 9, 4, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29434552>. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00004.

DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. *Contributo para validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos*. Psicologia, Saúde & Doenças, 2(2), p. 81-100, 2001.

DIAS, A.M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão de literatura. *Millenium*, 40, p. 201-219, 2011.

DOMINGOS, N. A. M.; LIPP, M. E. N. *Stress em pacientes candidatos a transplante de fígado*. In: M. C. O. S. Miyazaki, N. A. M. Domingos & N. I. Valério (org.). Psicologia da saúde: Pesquisa e prática. São José do Rio Preto, SP: THS/Arantes Editora, p. 297-314, 2006.

DUNCAN, B.; CHOR, D.; AQUINO, E.; BENSENOR, I.; MILL, J.; SCHMIDT, M.; LOTUFO, P.; VIGO, A.; Barreto, S. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista Saúde Pública*, 46, Supl. 1, p. 126-134, 2012.

FRANÇA, S. L.; SAHADE, V.; NUNES, M.; ADAN, L. F. Adherence to nutritional therapy in obese adolescents; a review. *Nutr Hosp*, 28(4), p. 988-998, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23889613>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.3305/nh.2013.28.4.6481.

GORAYEB, R.; GUERRELHAS, F. Sistematização da prática psicológica em ambientes médicos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, V. 1, p. 11-19, 2003.

GOULART, F. *Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde*. Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

GUIMARÃES, S. S. *Psicologia da Saúde e Doenças Crônicas*. In: Kerbauy, R. R. (Org.). Comportamento e Saúde: Explorando alternativas. Santo André: ARBytes, p. 22-45, 1999.

GUSMÃO, J. L.; MION, Jr. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *ver. Bras. Hipertens*, 13, (1), p. 23-25, 2006.

GRANER, K. M.; JUNIOR, A. L. C.; ROLIM, G. S. *Temas em Psicologia*, 18(2), p. 345-355, 2010. ISSN: 1413-389X.

HAYASIDA, N. M. A. H. *Intervenção cognitivo-comportamental pré e pós cirurgia de Revascularização no miocárdio em Manaus/AM*. Tese de doutorado não-publicada. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

HAUGLAND, T.; WAHL, A. K.; HOFLOSS, D.; DEVON, H. A. Association between general self-efficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: a path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health Qual Life Outcomes*, 14(11), 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26787226>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1186/s12955-016-0413-y.

HOFMANN, S. G.; ASNAANI, A.; VONK, I. J.; SAWYER, A. T.; FANG, A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), p. 427-440, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459093>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1.

INCA. Instituto nacional do câncer José Alencar Gomes da Silva. Rio de Janeiro: INCA, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br>. Acesso em: 19 jan. 2023.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. (INCA). *Tratamento do Tabagismo*, 2018. <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/tratamento>. Acesso em: 19 jan. 2023.

JANOFF-BULMAN, R. Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth. In: L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi. (Eds.). *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice*, p. 81-99, 2006.

MAHWAH, NJ; US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers. Justiça e segurança pública. *Políticas Públicas sobre drogas*, 2019. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/ligue-132>. Acesso em: 19 jan. 2023.

KOUTROULI, N.; ANAGNOSTOPOULOS, F.; POTAMIANOS, G. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. *Women Health*, 52(5), p. 503-516, 2012. DOI: 10.1080/03630242.2012.679337.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), p. 775-782, 2003.

LEAHY, R. L.; TIRCH, D.; NAPOLITANO, L. A. Porque a regulação emocional é importante? In: Leahy, R. L., Tirch, D., Napolitano, L. A. *Regulação emocional em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

LINDQUIST, K. A.; SATPUTE, A. B.; WAGER, T. D.; WEBER, J.; BARRETT, L. F. (2016). The Brain Basis of Positive and Negative Affect: Evidence from a Meta-Analysis of the Human Neuroimaging Literature. *Cereb Cortex*, 26(5), p. 1910-1922, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25631056>. DOI: 10.1093/cercor/bhv001.

LUDWIG, M. W. B. Modelo transteórico de mudança de comportamento na síndrome metabólica: intervenções e fatores preditivos de mudança. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10923/5040>. Acesso em: 19 jan. 2023.

LUNDAHL, B.; MOLENI, T.; BURKE, B. L.; BUTTERS, R.; TOLLEFSON, D.; BUTLER, C.; ROLLNICK, S. Motivational interviewing in medical care settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Education and Counseling*, 93(2), p. 157-168, 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24001658>. DOI: 10.1016/j.pec.2013.07.012.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), p. 593-606, 2010. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000010>.

MANSUR, A.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na Região Metropolitana de São Paulo: Atualização 2011. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(2), p. 755-761, 2012.

MARTINS, R. R. *Elaboração e avaliação de indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. Princípios da Entrevista Motivacional. In: Miller, W. R. Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed, 2000.

MELNIK, T.; ATALLAH, A. N. Psicologia Baseada em evidência: articulação entre a pesquisa e prática clínica. In: Melnik, T., Atallah, A. N. *Psicologia baseada em evidências, provas científicas de efetividade em psicoterapia*. São Paulo: Santos, 2011.

MOROSHKO, I.; BRENNAN, L.; O'BRIEN, P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity Review*, 12(11), p.

912-934, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21815990>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1111/j.1467-789X.2011.00915.x.

NEWTON, T. L.; DORON, S. E. Cognitive-behavioral processes in managing the stress and anxiety of medical illness. In: D. Mostofsky & D. Barlow e cols. *The management of stress and anxiety in medical disorders*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, p. 84-99, 2000.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J. C. (1992). In: search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), p. 1102-1114, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.9.1102>.

RAMOS, C.; COSTA, P. A.; RUDNICKI, T.; MARÔCO, A. L. The effectiveness of a group intervention to facilitate posttraumatic growth among women with breast cancer. *PsychoOncology*, 27, p. 258-264, 2018.

RIBEIRO, F. A.; BOFF, R. M.; FEOLI, A. M. P.; GUSTAVO, A. S.; DONADIO, M. V.; OLIVEIRA, M. S. Randomized clinical trial of a motivational interdisciplinary intervention based on the transtheoretical model of change for lifestyle modification in overweight/obese adolescents: MERC study protocol. *International Journal of Clinical Trials* 3(4), p. 225-232, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.18203/2349-3259.ijct20163961>.

ROLLNICK, S.; MILLER, W. R.; BUTLER, C. C. A entrevista Motivacional, princípios e evidências. In: Rollnick, S., Miller W., R., & Butler C. *Entrevista Motivacional no cuidado com a saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROCHA, M.N.A. *Adesão ao tratamento da malária: um estudo em comunidades do entorno da usina hidrelétrica de Tucuruí, Pará*. Tese de Doutorado, Universidade Federal do Pará, Belém. Sardinha, 2008.

SKINNER, B. F. *Ciência e comportamento Humano*. São Paulo: Martins Fontes, 1970.

SHEERAN, P.; MAKI, A.; MONTANARO, E.; AVISHAI-YITSHAK, A.; BRYAN, A.; KLEIN, W. M.; ROTHMAN, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health Psychology*, 35(11), p. 1178-1188, 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27280365>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1037/hea0000387.

SULLIVAN, R. M.; PERLMAN, G.; MOELLER, S. J. (2018). Meta-analysis of aberrant post-error slowing in substance use disorder: implications for behavioral adaptation and self-control. *European Journal Neuroscience*. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30383336>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1111/ejn.14229.



SUSIN, N.; BOFF, R. M.; LUDWIG, M. W.; FEOLI, A. M.; DA SILVA, A. G.; MACAGNAN, F. E.; OLIVEIRA, M. D. Predictors of adherence in a prevention program for patients with metabolic syndrome. *Journal Health Psychology*, 2015. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25805660>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1177/1359105315572451.

SANTOS, J. S. , Alves, G. Pereira Júnior, G. A. Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à Rede de Saúde. Elsevier. 2012

SCHMIDT, M.; DUNCAN, B. O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira. *Epidemiologia e Serviços Saúde*, 20(4), p. 421-423. 2011.

SOUZA, F. P.; SILVA, E. M.; BOFF, R. M.; TRINDADE, M. T.; OLIVEIRA, M. S. Características do treinamento em Entrevista Motivacional. *Aletheia*, 38-39, p. 186-195, 2012. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1413-03942012000200015](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-03942012000200015). Acesso em: 19 jan. 2023.

TEDESCHI, R. G.; CALHOUN, L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, p. 455-471, 1996. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490090305>.

\_\_\_\_\_. Target Article: "Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence". *Psychological Inquiry*, 15(1), p. 1-18, 2004. DOI: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501\\_01](http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01).

\_\_\_\_\_; MCNALLY, R. J. (2011). Can We Facilitate Posttraumatic Growth? *American Psychologist*, 66(1), p. 19-24, 2011. DOI: 10.1037/a0021896.

TYE, K. M. Neural Circuit Motifs in Valence Processing. *Neuron*, 100(2), p. 436-452, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30359607>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1016/j.neuron.2018.10.001.

VELASQUEZ, M. M.; MAUER, G. G.; CROUCH, C.; DICLEMENTE, C. C. *Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press, 2001.

WARD-CIESIELSKI, E. F.; JONES, C. B.; WIELGUS, M. D.; WILKS, C. R.; LINEHAN, M. M. Single-session dialectical behavior therapy skills training versus relaxation training for non-treatment-engaged suicidal adults: a randomized controlled trial. *BMC Psychology*, 4(13), 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27009317>. Acesso em: 19 jan. 2023. DOI: 10.1186/s40359-016-0117-4.

WERNECK, M.A.F.; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. *Protocolos de Cuidado à Saúde e Organização do Serviço*. CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

WHITE, C. A. *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems: A guide to assessment and treatment in practice*. New York: John Wiley & Sons, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Chronic diseases and health promotion*, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/chp/en/index.html>. Acesso em: 15 agost. 2018.

\_\_\_\_\_. Preventing Chronic Diseases a vital investments, 2005. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf). Acesso em: 15 agost. 2018.

ZAKOWSKI, S. G.; RAMATI, A.; MORTON, C.; JOHNSON, P.; FLANIGAN, R. Written emotional disclosure buffers the effects of social constraints on distress among cancer patients. *Health Psychology*, 23(6), p. 555-563, 2004.

# FERRAMENTAS PARA A AVALIAÇÃO E MANEJO DO ESTRESSE NA PRÁTICA CLÍNICA E DA PESQUISA CIENTÍFICA\*

*Margareth da Silva Oliveira  
Milton J. Cazassa  
Grant S. Shields  
George M. Slavich*

## RESUMO

O presente capítulo apresentará:

O conceito de estresse vivenciado ao longo da vida como disparador de adoecimento e envelhecimento precoce, observando ser reduzida a literatura científica que contemple medidas do estresse ao longo de todo o ciclo vital;

- O *Stress and Adversity Inventory* para adultos (adult STRAIN) enquanto uma ferramenta capaz de suprir esta lacuna, oferecendo ao clínico e ao pesquisador um recurso com evidências de validade na realidade brasileira para o mapeamento do estresse cumulativo ao longo da vida;
- O poder preditivo do STRAIN para todos os 5 desfechos de saúde estudados em um estudo empírico que foi conduzido junto a adultos brasileiros da população geral;
- A importância de se mapear adequadamente o estresse ao longo de todo o ciclo vital de modo a implementar intervenções efetivas voltadas à prevenção e promoção de saúde, bem como à recuperação e tratamento, seja no contexto da prática clínica ou da pesquisa científica;
- O Baralho STRESStegy enquanto uma trilha lúdica para o ensino de estratégias favoráveis ao manejo das experiências estressoras, com vistas ao desenvolvimento da flexibilidade psicológica e resiliência.

## INTRODUÇÃO

O estresse pode ser entendido como uma reação não-específica do organismo a qualquer estressor (SELYE, 1976), e conceituado como multinível, emergente, e dependente de variáveis contextuais como a biografia individual, idade, genética, entorno sociocultural, *status* socioeconômico, normas culturais, história, e exposição a estressores (EPEL et al., 2018). O estresse pode aumentar o risco de inúmeras doenças e respostas inflamatórias, tais como problemas de ordem física e mental (p. ex., hipertensão, problemas cardíacos, obesidade, problemas gástricos, alguns tipos de câncer, depressão, entre outros) (SLAVICH et al., 2010; SLAVICH, 2016). As adversidades, especialmente os estressores sociais, tendem a impactar na regulação dos componentes do sistema imunológico, o que pode contribuir ao aumento da produção das citocinas pró-inflamatórias e gerar profundas alterações comportamentais, cognitivas e emocionais (SHIELDS & SLAVICH, 2017; SLAVICH & IRWIN, 2014). Assim sendo, numa perspectiva multinível, os mecanismos neurais, psicológicos, moleculares e genômicos são passíveis de serem afetados pelas vivências de estresse (SLAVICH & IRWIN, 2014).

Importante observar, neste ínterim, que as avaliações cognitivas acerca da realidade circundante desempenham um papel central para a manifestação das reações de estresse e vivência de sofrimento em seres humanos. O modelo transacional de Lazarus postula que o estresse é resultado da avaliação do indivíduo de que as exigências do ambiente superam os recursos disponíveis para lidar com tais exigências (HYMAN, 2002), ou seja, a pessoa entende ser incapaz de enfrentar a demanda que se apresenta (LAZARUS, 1993). Nessa mesma direção, pessoas que se avaliam em situações de desvantagem social mostram-se mais propensas a exibir sintomas de sofrimento psicológico (KESSLER, 1979), enquanto que indivíduos com menor nível hierárquico apresentam piores desfechos de saúde e bem-estar quando comparados àqueles mais acima na escala social (MUSCATELL et al., 2016).

Interessante perceber que o termo estresse (“estar estressado”) é uma referência amplamente utilizada na sociedade moderna para descrever uma variedade de experiências negativas relacionadas a quaisquer problemas do cotidiano, tais como conflitos nos relacionamentos ou no trabalho, preocupações com a saúde, entre outros (ROBINSON, 2018; MONROE & SLAVICH, 2016). Esta ampla definição do construto do estresse pode abarcar o evento antecedente, o estressor em si, e ainda a resposta ao estressor. Assim, qualquer medida envolvendo a exposição, percepção, ou respostas biológicas ou neurais, podem ser enquadradas como estresse (EPEL et al., 2018). Contudo, apesar do estresse figurar como um construto central em inúmeras teorias contemporâneas sobre a saúde e o comportamento humano, muitos problemas de ordem conceitual e

acerca dos instrumentos de medida que são importantes para a pesquisa sobre o estresse remanescem no cenário atual (SLAVICH, 2019).

Mais especificamente em relação aos instrumentos voltados a avaliar o estresse, inúmeras carências permanecem presentes no que tange à abordagem deste construto complexo, especialmente quando esta avaliação pretende mapear o estresse ao longo de toda a vida do indivíduo (SLAVICH, 2019). Em publicação recente, o termo “*Stressnology*” foi adotado para caracterizar o estudo primitivo e problemático da exposição ao estresse, especialmente quando os instrumentos de medida do estresse se mostram limitados quanto a detectar uma ou mais das seguintes dimensões relativas aos estressores: severidade, frequência, tempo e duração; além dos principais domínios de vida primários e das características psicossociais centrais (SLAVICH, 2019).

As principais práticas mais comumente utilizadas nas pesquisas científicas que estão vinculadas à perspectiva da Stressnology encontram-se abaixo arroladas:

- “Os estressores são avaliados usando itens que são tão breves ou imprecisos que não deixam claro o que realmente aconteceu com a pessoa.
- A avaliação do estresse é confundida com o desfecho em estudo, porque o instrumento de avaliação de estresse possui itens que se sobrepõem ao(s) resultado(s) investigado(s).
- O tempo de exposição ao estresse não é avaliado, ou é avaliado e os estressores são então distribuídos em categorias muito gerais (por exemplo, início da vida, idade adulta).
- Presume-se que os estressores que ocorrem em diferentes domínios da vida ou que possuem diferentes características psicossociais são equivalentes em relação ao seu impacto.
- O instrumento utilizado avalia a contagem ou a gravidade do estressor, mas não ambos.
- O instrumento usado avalia eventos agudos da vida ou dificuldades crônicas, mas não ambos.
- Os instrumentos que medem a angústia psicológica geral (distress) ou a reatividade relacionada ao estresse são descritos como indicadores da exposição a estressores.
- Estressores ocorrendo em um domínio da vida ou possuindo uma característica psicossociais são avaliados, mas não são comparados a outros estressores para avaliar seu impacto relativo.
- Construtos que não são estresse (por exemplo, problemas de sono, depressão) são usados como indicadores de exposição ao estresse ao longo da vida.

- A janela de avaliação de estresse é estreita (por exemplo, uma semana ou ano), embora o(s) resultado(s) estudado(s) possa(m) ter sido influenciado(s) por estressores ocorridos ao longo de toda a vida.” (SLAVICH, 2019, p. 4; livre tradução).

## FERRAMENTAS PARA AVALIAÇÃO DO ESTRESSE

### STRESS AND ADVERSITY INVENTORY (STRAIN)

A avaliação qualificada do estresse no contexto de toda a vida do indivíduo mostra-se altamente importante para uma adequada preparação da intervenção a ser desenvolvida, bem como do plano de tratamento a ser trilhado no *setting* psicoterapêutico. Cabe observar, neste cenário, que o sucesso do tratamento pode inclusive ficar comprometido caso não sejam identificadas variáveis estressoras potencialmente impactantes na vida do paciente. Bem assim, o gerenciamento do estresse por parte do sujeito pode também sofrer prejuízos caso esta avaliação acerca da exposição ao estresse ao longo da vida aconteça de modo superficial.

Assim sendo, visando suprir essas lacunas concernentes ao mapeamento sistemático do estresse durante todo o ciclo vital foi criado o *Stress and Adversity Inventory* (STRAIN) (SLAVICH & SHIELDS, 2018). Cabe observar que as carências acima mencionadas podem em parte ocorrer pelo grande desafio de obter esta medida de modo palatável no contexto da pesquisa e do tratamento psicoterápico (EPEL et al., 2018; SLAVICH & SHIELDS, 2018).

O STRAIN trata-se de uma ferramenta informatizada, online, escalável, de fácil utilização, desenvolvido no *Laboratory for Stress Assessment and Research* pelo Prof. Dr. George M. Slavich. O citado laboratório encontra-se inserido no *Cousins Center for Psychoneuroimmunology*, no Departamento de Psiquiatria e Ciências Biocomportamentais da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA). O STRAIN mapeia sistematicamente a ocorrência de adversidades ao longo da vida (isto é, estressores), bem como a severidade do estresse frente a cada estressor. Além disso, o STRAIN oferece as seguintes informações ao clínico ou ao pesquisador, conforme observável na Figura 1.

Figura 1 - Dimensões do estresse ao longo da vida acessadas pelo STRAIN

Índice de Exposição ao Estresse (2)	Tempo de Exposição (3)	Tipos de Estressores (55)	Domínios de Vida Primários (12)	Características Psicossociais Centrais (5)
Contagem de Estressores	Infância	26 Eventos Agudos	Moradia Educação	Perda Interpessoal Risco físico
Severidade do Estresse	Vida Adulta	29 Dificuldades Crônicas	Trabalho Tratamento/Saúde	Humilhação Aprisionamento
	Estresse continuado ao longo do ciclo vital	55 estressores ao todo	Relação Conjugal Reprodução Financeiro Legal/Crime Outras Relações Morte Situações de ameaça à vida Posses	Ruptura/Mudança de papéis

Fonte: Cazassa, 2019; Traduzido de Slavich & Shields, 2018, p. 19; livre tradução

Conforme pode ser observado na Figura 1, o STRAIN para Adultos mapeia 55 diferentes estressores, sendo 26 eventos agudos e 29 dificuldades crônicas (SLAVICH & SHIELDS, 2018; CAZASSA et al., 2020; CAZASSA, 2019). As questões são apresentadas uma a uma na tela do computador, em linguagem informal. Cada estressor pontuado é complementado pelo mapeamento da severidade, frequência, tempo e duração do estressor. Os estressores são categorizados em 12 domínios principais de vida e em 5 diferentes características psicossociais centrais, conforme Figura 1. O STRAIN pode produzir até 115 diferentes resultados sumarizados para cada participante, incluindo apresentações gráficas e tabelas.

Além do STRAIN para Adultos (SLAVICH & SHIELDS, 2018), existe uma versão do STRAIN que mapeia estressores pertinentes à adolescência, chamada Stres and Adversity Inventory para Adolescentes ou STRAIN para Adolescentes (Slavich, Stewart, Esposito, Shields & Auerbach, 2019). Ambas as versões apresentaram excelentes evidências de validade no que diz respeito à usabilidade, aceitabilidade, confiabilidade teste-reteste, validade preditiva e validade preditiva comparativa no exterior (SLAVICH & SHIELDS, 2018; GOLDFARB et al.; SHIELDS et al., 2017; CUNEO et al., 2017; LAM et al., 2019; KURTZMAN et al., 2012; BOWER et al., 2014; DOOLEY et al., 2017; GILLESPIE et al., 2017; Shields et al., 2017; Toussaint et al., 2016; SLAVICH & TOUSSAINT, 2014).

Nove estudos preliminares, sendo um deles em uma amostra brasileira, evidenciaram que o STRAIN possui poder preditivo em relação à reatividade biológica ao estresse agudo, função metabólica, memória, níveis de cortisol em mulheres com

diagnóstico de câncer de ovário, depressão e fadiga em mulheres com diagnóstico de câncer de mama, além da saúde física e mental autorrelatada na população geral (SLAVICH & SHIELDS, 2018; CAZASSA et al., 2020; CAZASSA, 2019).

O STRAIN para Adultos foi traduzido e adaptado ao Português Brasileiro em sete etapas (CAZASSA, 2019), sendo que a versão brasileira do STRAIN demonstrou ser uma excelente alternativa para pesquisadores e clínicos, apresentando evidências de validade nas análises de confiabilidade, nos estudos de convergência com outros instrumentos que mapeiam o estresse, quanto às análises preditiva e preditiva comparativa, assim como quanto às análises teste-reteste (CAZASSA et al., 2020; CAZASSA, 2019). Atualmente, o STRAIN está inserido em mais de 175 laboratórios no mundo e está sendo traduzido para 21 idiomas. A versão norte-americana pode ser visitada no website do STRAIN <http://www.STRAINsetup.com> (SLAVICH & SHIELDS, 2018).

## ESTUDO DE VALIDAÇÃO DO STRAIN PARA ADULTOS NO BRASIL

Para se ter uma ideia da utilização do STRAIN para Adultos no contexto da pesquisa, recentemente este instrumento foi utilizado em um estudo exploratório com delineamento transversal e medidas de autorrelato (CAZASSA, 2019; CAZASSA et al., 2020), o qual replicou na íntegra um protocolo internacional (SLAVICH & SHIELDS, 2018). A amostra do estudo foi composta por brasileiros maiores de 18 anos e com educação mínima de ensino médio completo, e o instrumental incluiu um questionário de dados sociodemográficos, o STRAIN para adultos, a Escala do Status Social Subjetivo de MacArthur (ADLER et al., 2000), a Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS et al., 1988), o Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI-BR; BERTOLAZI, 2008), a escala Kessler-6 (K-6; KESSLER, 2008), o Questionário de Saúde Física (PHQBR; Schat et al., 2005), além de perguntas sobre Problemas de Saúde Geral Diagnosticados por um(a) Médico(a) e sobre Doenças Autoimunes Diagnosticadas por um(a) Médico(a) (SLAVICH & SHIELDS, 2018).

Os resultados deste estudo (CAZASSA, 2019; CAZASSA et al., 2020) foram obtidos por meio das respostas de 330 participantes, sendo 238 mulheres, 91 homens e 1 transgênero. A idade média da amostra foi de 32.16 ( $DP = 13.55$ ; 18 - 76 anos). A média da Contagem de Estressores mapeada pelo STRAIN para Adultos em Português Brasileiro foi 22.62 ( $DP=13.29$ ; 0 - 81 pontos), e da Severidade do Estresse foi 57.52 ( $DP=32.51$ ; 0 - 177 pontos). A pontuação média na Escala do Status Social Subjetivo (ESSS) de MacArthur foi 6.2 ( $DP = 1.62$ ; 0 - 10 pontos).

A partir das análises correlacionais e discriminantes, observou-se que pessoas com piores percepções do próprio *status* social (Status Social Subjetivo - SSS) reportaram menores rendas familiares, menores níveis educacionais, mais queixas



de saúde mental, mais problemas de sono, mais afetos negativos, mais estressores ao longo da vida, maiores índices de severidade do estresse, e menores níveis de Status Socioeconômico (SSE). Relevante ponderar que a percepção de inferioridade em relação aos pares pode, muitas vezes, atrelar-se a esquemas desadaptativos como vergonha e isolamento social, o que tende a ativar esquemas de rejeição e desconexão social (YOUNG et al., 2008; CAZASSA & OLIVEIRA, 2012, 2008; CAZASSA, 2007). A rejeição social pode evocar sofrimento intenso, impactar na autoestima, bem como ser um dos disparadores mais comuns da depressão maior, com até 44% dos episódios depressivos ocorrendo posteriormente a esse tipo de estressor (SLAVICH & IRWIN, 2014). Situações de rejeição mais do que duplicaram o risco de depressão em uma amostra de mais de 7.300 adultos, na qual os eventos de perda interpessoal autoiniciados (p. ex., decidir se separar) aumentaram em 10,2 vezes o risco de depressão enquanto que aqueles eventos de perda interpessoal iniciados por outra pessoa aumentaram em 21,6 vezes o risco de depressão (KENDLER et al., 2003).

A pesquisa analisou ainda as propriedades preditivas do STRAIN para Adultos em Português Brasileiro, do SSS e do SSE em relação a cinco desfechos em saúde (1. problemas de saúde física e 2. mental, 3. pior qualidade de sono, 4. problemas de saúde geral e 5. autoimunes diagnosticados por um médico). As análises preditivas comparativas demonstraram que o STRAIN para Adultos se mostrou bastante superior ao apresentar propriedade preditiva para todos os desfechos em saúde, enquanto que o SSS previu somente queixas de saúde mental e o SSE não apresentou nenhum poder de predição para os desfechos de saúde estudados. Isto significa que as medidas mapeadas por intermédio do STRAIN acerca da contagem de estressores vivenciados pela pessoa ao longo da vida e da severidade do estresse experimentado frente a cada estressor foram as únicas, dentre as estudadas, a evidenciar acurácia para a predição de adoecimentos de ordem física e mental nesta amostra (CAZASSA, 2019; CAZASSA et al., 2020).

Isto significa dizer, por exemplo, que para cada estressor pontuado no STRAIN o participante teve 2.9% mais probabilidade de apresentar um problema de saúde geral diagnosticado por um médico, e 4% mais probabilidade de apresentar uma doença autoimune diagnosticada por um médico. Conclui-se, dessa maneira, que um instrumental como o STRAIN para Adultos, capaz de mapear o estresse ao longo de toda a vida dos indivíduos, adquire contornos de relevância para uma maior acurácia na pesquisa científica e na intervenção baseada em evidências quando se trata da complexidade desta temática do estresse. Assim, a contagem de estressores e a severidade do estresse mapeadas pelo STRAIN figuraram como relevantes medidas para predizer queixas de *saúde física e mental, problemas no sono, problemas de saúde geral e doenças autoimunes* diagnosticados por um médico e relatados pelo participante, aspecto fundamental

a ser adequadamente mensurado para a implementação de intervenções voltadas ao tratamento, prevenção e promoção de saúde, seja no contexto da prática clínica ou da pesquisa científica (CAZASSA et al., 2020).

## FERRAMENTA PARA O MANEJO DO ESTRESSE

Após termos apresentado um importante recurso para mensurar o estresse, o STRAIN para Adultos, o qual possibilita uma visão abrangente sobre estressores e acerca da severidade do estresse, dentre outras medidas que poderão ser melhor visualizadas no estudo de caso disposto no decorrer do presente capítulo, o próximo passo envolve a busca de intervenções que possam contribuir para o melhor manejo das experiências estressoras.

Dessa maneira, visando oferecer um recurso favorável à construção de estratégias e da busca de caminhos para a ampliação da resiliência, da flexibilidade psicológica e, por conseguinte, de melhores formas para lidar com o estresse é que desenvolvemos o *Baralho STRESStegy: 13 caminhos para driblar o estresse*, conforme segue abaixo.

## BARALHO STRESSTEGY: 13 CAMINHOS PARA DRIBLAR O ESTRESSE

O *Baralho STRESStegy: 13 caminhos para driblar o estresse* trata-se de outra ferramenta desenvolvida a partir das pesquisas conduzidas no Grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (PUCRS) e no *Laboratory for Stress Assessment and Research* (UCLA), contando com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA) (CAZASSA et al., 2019). Ressalta-se que os autores têm se dedicado a produções de materiais com vistas a auxiliar profissionais na sua prática clínica, com base em evidências e pesquisas científicas.

O propósito principal dos autores do *STRESStegy* é contribuir para a psicoeducação acerca da temática do estresse, tratando-se de uma ferramenta lúdica baseada no conhecimento científico. Integrando as contribuições de importantes teóricos que abordam sobre a temática do estresse em um material psicoeducativo, prático e atrativo, este instrumento contempla a perspectiva de que a avaliação cognitiva (a forma de pensar) é fundamental para a resistência ao estresse (HOBFOLL, 1989).

O *STRESStegy* reúne elementos baseados nos modelos da Psicologia Cognitivo-Comportamental, da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e da Psicologia Positiva, buscando favorecer o desenvolvimento da *flexibilidade*

*psicológica* (FP). Na ACT, o construto da *flexibilidade psicológica* diz respeito à capacidade do indivíduo de estar em contato com o momento presente, como um ser humano mais plenamente consciente de si, com possibilidade de empreender apreciações de contexto, persistindo ou alterando os próprios comportamentos no sentido dos valores pessoais significativos (HAYES et al., 2013; SABAN, 2015).

O *STRESStegy* pretende favorecer o mapeamento e a organização dos estressores causadores de estresse, bem como auxiliar no manejo dos processos que a pessoa estabelece com tais experiências. Além disso, visa facilitar a identificação de recursos e virtudes que possam ajudar a pessoa no enfrentamento dos estressores. Com dicas simples e úteis, volta-se a contribuir à implementação de comportamentos favoráveis à melhoria da qualidade de vida, especialmente, voltado à prevenção e promoção de saúde. Configura-se como uma ferramenta adicional ao trabalho do(a) profissional de saúde, para uso em contextos diversos, tais como na clínica, pesquisa científica, saúde pública, entre outros, em caráter individual ou grupal.

Neste sentido, o *STRESStegy* é indicado para ser utilizado de modo situacionalmente oportuno, inexistindo quaisquer restrições *a priori* para sua aplicação. O material apresenta 68 cartas e 13 caminhos para serem trilhados, oferecendo espaços ao profissional de saúde para fazer uso da criatividade no que tange às regras e modos de uso dos recursos disponibilizados na ferramenta.

## CASO CLÍNICO

A seguir, estaremos apresentando um caso clínico que envolveu a aplicação do ferramental apresentado neste capítulo. Neste contexto, cabe clarificar que o STRAIN foi utilizado para a avaliação dos estressores e da severidade do estresse, bem como dos domínios relacionados aos estressores vivenciados pela paciente, enquanto o Baralho STRESStegy foi aplicado para apoiar a intervenção psicoterapêutica visando favorecer o aprendizado de estratégias à melhor administração das situações estressoras. Ressalta-se que se trata de um caso ilustrativo, consonante com histórias reais atendidas no contexto da prática clínica.

## CASO CLÍNICO

*Sra. Wz, 42 anos, ensino médio completo, reside com dois filhos homens, Ys (17 anos) e Rf (8 anos), em uma casa que se localiza no mesmo terreno em que se encontram outras duas casas, a casa dos pais e a da irmã, cunhado e 3 sobrinhas. A Sra. Wz divorciou-se quando contava 34 anos e seu filho menor estava com quase dois anos de idade. Na ocasião, o pai das crianças queixava-se bastante da falta de atenção de Wz para com a relação conjugal, afirmando que ela se dedicava apenas aos cuidados dos filhos e da família ampliada. Em função disso, o ex-marido havia desenvolvido um comportamento de beber com os amigos todos os dias*

*após o trabalho, isto logo após o nascimento do segundo filho. Durante cerca de quase dois anos, Wz relata que as brigas eram muito frequentes e que ela cobrava ajuda dele para a criação dos filhos, dizendo: “Ele só pensava em farra com os amigos e esqueceu que tinha família. Ele só pensava nele” (Sic). A paciente refere que a situação foi se tornando insustentável e culminou em uma agressão física quando o ex-marido chegou alcoolizado e agressivo na casa. Conta que aquela foi a primeira e única situação em que isto ocorreu, pois menciona que não admitiu sequer pensar em passar por algo parecido novamente. Imediatamente, chamou os familiares, a polícia e tomou as providências necessárias para o afastamento dele e separação. Relata que na ocasião o ex-marido e pai de seus filhos não aceitou a separação e chegou a ameaçá-la, bem como seguiu-a durante algum tempo. Após este episódio da separação e os desdobramentos relatados, a Sra. Wz conta que começou a apresentar um importante quadro de ansiedade e de novas relações afetivas invariavelmente interrompidas por uma traição ou rejeição. Atualmente, a Sra. Wz está laborando por meio de contratações temporárias para trabalhos extras em uma cidade turística, sem um emprego fixo. Por fim, relata que o pai está em fase de identificação de um diagnóstico de grave problema de saúde e que conta com o apoio da família pro sustento e pra cuidar do filho menor.*

## **VÍNCULO**

O processo de atendimento psicoterapêutico teve seu início com a busca de criação de contexto favorável para a construção do vínculo terapêutico, o qual estrutura a intervenção com vistas ao desenvolvimento humano. Por intermédio do estabelecimento de relação de confiança se conduziu a anamnese inicial e a identificação da queixa que trouxe a paciente ao atendimento.

## **AVALIAÇÃO DE RISCO**

No processo de acolhimento da paciente, a partir da busca de identificação de potenciais riscos que demandassem intervenção da ordem de urgência ou emergência, ficou evidenciada a inexistência de quaisquer riscos no momento da consulta, aí estando incluídos a verificação de alterações na sensopercepção ou de potencial de auto e/ou hétero agressão.

## **QUEIXA PROPRIAMENTE DITA**

Quando chega para o primeiro atendimento, a paciente queixa-se de insônia, ansiedade elevada, agitação e impaciência com os filhos, além de tristeza, cansaço e menosvalia. As crises de ansiedade se mostram cada vez mais frequentes nos últimos meses, tendo ocorrido dois episódios de acesso à emergência hospitalar no último mês em função da sensação de morte eminente.

## STRESS AND ADVERSITY INVENTORY (STRAIN)

Antes do término da primeira sessão, é apresentado o Stress and Adversity Inventory para Adultos à paciente, sendo explicado que se trata de um sistema online para a avaliação de estressores ao longo de toda a vida e para a identificação do quanto cada situação ocorrida foi estressante. Acrescenta que o STRAIN para Adultos poderá auxiliar a identificar quais áreas da vida da paciente estão sendo mais prejudicadas no momento, bem como poderá mapear dificuldades crônicas e agudas que podem estar sendo experienciadas. Poderá agregar, ainda, a observação acerca de características psicossociais centrais relativas aos estressores mapeados no instrumento. Dessa maneira, oferecerá uma visão ampla sobre pontos de atenção a serem trabalhados no contexto da psicoterapia, panorama este que contará com a apresentação de gráficos capazes de facilitar esta verificação (versão original do STRAIN pode ser visitada em <http://www.STRAINsetup.com>).

O profissional explica que as perguntas serão conduzidas uma a uma na tela do computador ou do *smartphone* e que algumas questões tenderão a trazer lembranças que poderão ser discutidas no próximo encontro, caso a paciente tenha vontade. O psicoterapeuta confirma com a paciente se ela possui recursos informatizados e pergunta se ela teria disponibilidade para responder ao STRAIN como um tema de casa para a próxima sessão. Comenta que o tempo para esta tarefa deve levar em média 16 minutos, sendo que algumas pessoas chegam a responder em torno de 11 minutos enquanto outras podem levar até 30 minutos. Questiona se ela teria preferência por responder no computador ou pelo *smartphone*, bem como se teria predileção por receber o endereço eletrônico para acessar o *website* por e-mail ou outra Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). A paciente expõe sua preferência por receber a mensagem via TIC para responder pelo telefone móvel.

## RESULTADOS DO STRESS AND ADVERSITY INVENTORY (STRAIN)

A sessão seguinte inicia-se com a retomada do primeiro encontro e com a verificação da semana da paciente. Bem assim, retoma-se o tema de casa e torna-se relevante identificar a existência de considerações iniciais sobre o instrumental por parte da paciente. Caso exista algum questionamento ou caso a paciente não tenha respondido o STRAIN, pode-se utilizar o instrumental para a realização conjunta, momento no qual o terapeuta poderá utilizar as questões presentes no instrumento para orientar a sessão e avaliação acerca do estresse.

Importante observar que os resultados do STRAIN são apresentados e comparados com a média da população geral que já se submeteu ao instrumento, o que cria um parâmetro de referência ao profissional no momento de realizar a devolução. Bem assim, cria uma medida que indica o quão resiliente a pessoa

se mostra ao estresse, o que confere potencialmente um mote para o processo psicoterapêutico. Ou seja, caso esta medida acerca da resiliência ao estresse se apresente em nível baixo, um dos objetivos a serem desenvolvidos ao longo do processo psicoterápico envolve ampliar a capacidade de enfrentamento e de manejo dos estressores, o que repercutiria para o aumento desta medida de resiliência. No caso apresentado, a Sra. Wz apresentou baixo nível de resiliência ao estresse físico e psicológico.

No que tange ao número de estressores e à severidade do estresse, a Sra. Wz vivenciou 28 estressores ao longo de toda a vida e a pontuação para a severidade do estresse atingiu 72.05, ficando ambas as medidas acima da média de uma amostra brasileira, a qual foi de 22.62 ( $DP = 13.29$ ) e 57.52 ( $DP = 32.51$ ), respectivamente (CAZASSA et al., 2020). Tais resultados estão alinhados com a perspectiva da queixa apresentada, de elevado padrão de estresse, o que possui consonância com também elevado número de estressores vivenciados ao longo da trajetória.

Avançando na análise dos resultados obtidos por intermédio do STRAIN, desses 28 estressores pontuados, 14 foram enquadrados como situações agudas, ou seja, que levaram relativamente curto período de tempo. Muito embora os efeitos do estressor possam continuar a impactar na realidade da vida da pessoa, a situação estressora em si tem relativamente curta durabilidade. Exemplos possíveis para tais eventos são as separações amorosas ou a perda de emprego. No caso da Sra. Wz, a severidade do estresse relacionado aos eventos agudos ao longo da vida esteve na média ( $M = 13.22$ ;  $DP = 8.63$ ) em comparação à amostra de uma população geral brasileira.

Outras 14 situações estressoras, contudo, trataram-se de dificuldades crônicas que aconteceram ou ainda estão acontecendo na história da paciente. Os problemas crônicos são aqueles que podem perdurar ao longo de tempo estendido (meses ou anos) na vida da pessoa. No que diz respeito às dificuldades crônicas, Sra. Wz evidenciou quantidade acima da média de uma amostra brasileira ( $M = 9.39$ ;  $DP = 5.94$ ), o que configura quadro a ser investigado no processo terapêutico, especialmente buscando identificar a existência de estressor crônico ativo no presente. Isto em função de que a carga alostática que redunde de estressores crônicos tende a ser também bastante significativa e contributiva para o adoecimento, seja físico ou mental.

Outra medida oferecida pelo STRAIN está relacionada ao número de estressores e à severidade do estresse que tiveram ocorrência precocemente na vida do indivíduo ou, de outra parte, que aconteceram na vida adulta. A Sra. Wz reportou 8 estressores precoces, ou seja, durante a infância e/ou adolescência, superando a média de uma amostra brasileira ( $M = 3.35$ ;  $DP = 3.81$ ). Tal aspecto adquire contornos de grande relevância, especialmente considerando o fato de

que maior número de estressores em período de formação do sujeito demonstra potenciais impactos prejudiciais para a saúde geral. Da mesma forma, embora mais próxima da média ( $M = 18.57$ ;  $DP = 11.82$ ), a contagem de estressores na vida adulta de Wz foi 20, também um pouco acima do padrão médio.

Em termos dos domínios de vida primários que mais foram impactados ao longo do ciclo vital por estressores conforme reportado pela Sra. Wz e mapeado pelo STRAIN temos: moradia (8 estressores), tratamento/saúde (6 estressores), relação conjugal (5 estressores), financeiro (2 estressores), outras relações (2 estressores) e situações de ameaça à vida (5 estressores). Apesar do STRAIN oferecer outros resultados adicionais ao profissional de saúde e/ou ao pesquisador, escolheu-se por apresentar esses resultados em uma devolutiva à paciente, material suficiente para o desenvolvimento de uma intervenção voltada ao desenvolvimento da resiliência e da flexibilidade psicológica, com foco no melhor enfrentamento e manejo do estresse.

### **BARALHO STRESSTEGY: 13 PASSOS PARA DRIBLAR O ESTRESSE**

A partir deste levantamento com base no STRAIN, torna-se claro que a paciente possui a vivência de número elevado de estressores precoces, bem como possui importante quadro relacionado a estressores crônicos, os quais tendem a gerar desgaste ampliado. Assim, busca-se conversar sobre os resultados obtidos e sobre os estressores percebidos como mais significativos neste momento para a paciente. Sra. Wz refere que três fatores se apresentam como bastante importantes na atual conjuntura, a saber: 1. a instabilidade financeira; 2. a dificuldade para criar os filhos apesar do apoio da família ampliada; e 3. o adoecimento de seu pai.

Ao abordar sobre essas situações estressoras, a paciente compartilha que muitos pensamentos negativos invadem a sua mente, tais como de que tudo parece estar dando errado e de que ela não será capaz de cumprir esta tarefa de criar os filhos para que sejam felizes e bem-sucedidos em suas vidas. Nessas circunstâncias em que se percebe com poucos recursos financeiros e sem um trabalho fixo que possa garantir este provimento e sustento da família, comenta que começa a apresentar os sintomas que redundam nas crises de pânico. Não obstante, tais relações não se mostravam tão claras em sua história até este momento antes de iniciar o processo psicoterapêutico.

### **PRIMEIRO CAMINHO**

É neste íterim que o psicoterapeuta convida a paciente para conhecer o Baralho STRESStegy, explicando que se trata de um material que talvez possa ajudar a pensar sobre essas experiências difíceis e sobre caminhos que poderiam ajudar na busca de superação. É uma espécie de jogo que também pode auxiliar

## FERRAMENTAS PARA A AVALIAÇÃO E MANEJO DO ESTRESSE NA PRÁTICA CLÍNICA E DA PESQUISA CIENTÍFICA

na compreensão de alguns fatores que estão ligados ao estresse, à ansiedade e ao sofrimento humano. Este se configura como o primeiro caminho do STRESStegy, o qual envolve a identificação do enquadramento oportuno à sua aplicação. A Sra. Wz demonstra interesse em conhecer o STRESStegy (ver Figura 2 a seguir).

Figura 2 – Baralho STRESStegy: 13 caminhos para driblar o estresse



Fonte: Disponível em <https://www.sinopsyseditora.com.br/livros/baralho-stresstegy-caminhos-para-driblar-o-estresse-1594>. Acesso em 22 jan. 23).



## SEGUNDO CAMINHO

Neste passo, o terapeuta reitera os 3 estressores destacados pela paciente, os quais envolvem:

1. a instabilidade financeira;
2. a dificuldade para criar os filhos apesar do apoio da família ampliada;
3. o adoecimento do pai.

Bem assim, convida-se a paciente para conhecer as 12 cartas relacionadas aos domínios primários, as quais apresentam 12 áreas da vida (moradia, educação, trabalho, tratamento/saúde, relação conjugal, reprodução, financeiro, legal/crime, outras relações, morte, situações de ameaça à vida e posses). Pede-se, dessa maneira, que a Sra. Wz possa conhecer essas cartas e identificar em quais áreas estão localizados cada um desses 3 problemas que estão acontecendo no momento.

O principal objetivo terapêutico neste caminho envolve auxiliar a Sra. Wz na organização das situações-problema, especialmente pelo entendimento de que esta organização inicial tende a favorecer a uma melhor capacidade de observação do contexto vivenciado. Tomando como base a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), uma perspectiva observacional em relação à experiência pode estimular a perspectiva do eu contextual, o qual se encontra vinculado a um dos seis processos relativos à Flexibilidade Psicológica (FP) denominado Eu como contexto (HAYES & SMITH, 2005).

A Sra. Wz localiza os 3 estressores nas áreas financeiro (estressor 1), trabalho (estressor 2) e tratamento/saúde (estressor 3).

## TERCEIRO CAMINHO

Neste momento, apresenta-se o *Stressometer* – o termômetro do estresse (KEEGAN et al., 2015) convidando a paciente a oferecer uma medida sobre quão estressada ela se sente na última semana. Em uma escala de 0 a 10, Sra. Wz classifica o quanto cada estressor está causando estresse no atual contexto. Esta quantificação mostra-se relevante no sentido de representar uma medida passível de ser acompanhada ao longo do processo psicoterápico. Diferentes medições poderão gerar um gráfico de evolução do estresse para cada estressor ao longo do tempo.

Agravos nessas mensurações poderão indicar a necessidade por encaminhamentos com vistas ao melhor suporte à paciente. De outra parte, a redução do estresse avaliado pela Sra. Wz indicará possível aprendizado de estratégias para uma melhor administração do estresse experimentado.

A Sra. Wz atribui a pontuação 9 para a problemática da instabilidade financeira, 8 para a dificuldade de criar os filhos e 10 para a questão do adoecimento do pai, o qual além da vinculação afetiva ocupa papel suportivo à paciente, inclusive numa perspectiva financeira.

## QUARTO CAMINHO

Neste caminho, 8 são as *questões estratégicas* apresentadas à paciente de modo a favorecer o exercício do notar e o avanço na compreensão acerca da relação estabelecida com cada estressor. No caso da Sra. Wz, o psicoterapeuta utiliza-se da questão número 6 (*Como uma pessoa com muita sabedoria enxergaria esta situação?*) como tema de casa, convidando a paciente a buscar refletir sobre formas diferentes de enxergar as situações causadoras de estresse para a paciente.

Essa questão estratégica visa trabalhar os processos de defusão cognitiva e eu contextual (HAYES & SMITH, 2005), ambos voltados à tomada de perspectiva em relação aos estressores. O intento envolve a busca de avaliação acerca de novas formas de se pensar a realidade vivenciada, o que poderá exercer impactos na resposta emocional e comportamental da paciente.

A Sra. Wz explicita acreditar que um sábio entenderia que toda a força necessária existe dentro dela, mesmo na ausência de pessoas muito importantes como o pai. E que todos os que estiverem presentes poderão lutar juntos pra superar as dificuldades. Este pensamento contruído a partir da questão estratégica apresentada oferece uma possibilidade de reestruturação cognitiva interessante à paciente no manejo do estresse.

## QUINTO CAMINHO

Neste quinto caminho, o STRESStegy apresenta 3 cartas temporais (*Passado, Presente e Futuro*), que visam auxiliar a pessoa a identificar o movimento da mente em relação às situações estressoras, ou seja, verificar se os pensamentos que surgem na mente estão relacionados a processos que se referem ao passado, presente e/ou ao futuro. Este treino observacional deve ser sempre seguido da intenção de voltar a atenção para o momento presente, especialmente em função de que somente no momento presente se faz possível realizar qualquer coisa.

Sra. Wz identifica uma preocupação muito importante em relação a perder o pai, em função do quadro de adoecimento que o mesmo vem apresentando. Neste cenário, a questão estratégica número 4 (*Existe alguma coisa que eu possa fazer AGORA para resolver este problema?*) visando auxiliar a paciente a pensar sobre o que se mostra possível de ser realizado no momento presente. Como a resposta da Sra. Wz a esta questão é negativa, a questão número 5 é também apresentada neste momento (*Se não existe a possibilidade de resolver o problema neste momento, o que de melhor eu posso fazer AGORA que me aproxima do que é mais importante?*). Esta pergunta objetiva ajudar a paciente a direcionar a atenção para o que é possível de ser realizado no momento presente.

Sra. Wz percebe que deve voltar o foco para a busca de posicionamento profissional que agregue maior estabilidade financeira, o que oferece direcionamento para os esforços a serem empreendidos.

### SEXTO CAMINHO

Este caminho convida a uma análise sobre processos de desvalorização, seja em relação a acontecimentos do cotidiano, incluindo a si próprio, familiares, amigos, trabalho, dentre outros. Bem assim, este caminho estimula a pessoa a buscar explorar outras formas de perceber o mesmo contexto, quando isto se mostrar pertinente e oportuno.

A Sra. Wz identifica que esta ansiedade importante pode ser um estímulo para a busca de melhor posicionamento profissional, especialmente enquanto ainda pode contar com a família ampliada para dar suporte na criação dos filhos. Neste sentido, estabelece junto do psicoterapeuta a meta de revisar o currículo, atualizá-lo e buscar mapear rede de contatos.

### SÉTIMO CAMINHO

Neste caminho, o intento volta-se para apresentar as funções comportamentais centrais do comportamento humano, a saber: *aproximação e evitação*. Conforme explica a ACT (HAYES & SMITH, 2005), *aproximação* do que é mais importante e *evitação* do sofrimento são dois motores comportamentais. Essas duas cartas convidam a pessoa a notar qual a função comportamental está ativada diante do contexto vivenciado. Esta tomada de consciência pode contribuir para auxiliar na desautomatização de padrões ativos e na possibilidade de escolha do comportamento.

Sra. Wz nota que ela vinha agindo no sentido de evitar sentir a ansiedade, estratégia esta que se mostrava ineficiente em muitos momentos. Assim, a partir do sétimo caminho, fortaleceu a decisão de redirecionar os esforços para buscar uma colocação profissional, na medida em que avaliou o quanto a instabilidade financeira era um ponto central em seu contexto, seja para criar os filhos ou em relação a dependência do suporte dos pais.

### OITAVO CAMINHO

Neste caminho do STRESStegy, a proposta é convidar a pessoa a avaliar se os estressores vivenciados são de fato passíveis de mudança, ou seja, se existe algo que possa ser feito concretamente na direção de mudança da situação-problema. Em muitas oportunidades, pouco ou nada pode ser feito diretamente em relação ao estressor. Ter clareza sobre essas limitações podem minimizar investimentos em direções que não trarão resultados ao paciente.

Sra. Wz avalia que a questão profissional é a única dos estressores manifestos que pode ser alterada, apesar desta mudança depender para além dela de uma empresa contratante.

### **NONO CAMINHO**

No nono caminho é apresentada a *Regra de ouro – administrando situações extremas para a paciente*: “Nunca tomar decisões na raiva ou no desespero”. Esta regra tem por objetivo prevenir comportamentos impulsivos que possam ser disparados em situações imprevistas. Apesar do relato de inexistência de quaisquer riscos, o psicoterapeuta acorda com a paciente que em caso de qualquer emergência a regra envolve pedir ajuda, seja para familiares, conhecidos, profissionais de saúde, ou ainda no pronto-atendimento médico.

### **DÉCIMO CAMINHO**

Nesta altura da caminhada com o STRESStegy o foco se direciona para o mapeamento de fatores de proteção ao estresse. Considerando que a forma de pensar é a chave da resistência quando o assunto é estresse (HOBFOLL, 1989), as 5 cartas recursos são apresentadas e explicadas a Sra. Wz. Ela afirma que não havia pensado com clareza nessas possibilidades e estratégias, pois estava muito confusa sobre tudo. Relata que suporte social e a estratégia de mudança de foco iriam mobilizá-la pelo próximo mês.

### **DÉCIMO PRIMEIRO CAMINHO**

Nesta etapa, apresentamos à Sra Wz as 8 cartas valores (família, amigos, relacionamento amoroso, saúde, autoestima, trabalho, estudo, lazer), além da carta coringa caso ela queira apresentar outros valores que julgue importantes a ela. Ao refletir sobre o que e quem são muito importantes a ela, Sra. Wz reafirma a expressiva importância dada à família, afirmando que estão em primeiro lugar.

### **DÉCIMO SEGUNDO CAMINHO**

Com fundamento no modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) (Hayes & Smith, 2005), bem como da Psicologia Positiva (SELIGMAN, 2012), são apresentadas 18 cartas virtudes à paciente, convidando-se a observar quais dessas virtudes ela precisa desenvolver para lidar da melhor maneira possível com os estressores mapeados. Assim, as 18 cartas virtudes são: gratidão, empatia, otimismo, humor, espiritualidade, perdão, humildade, prudência, autocontrole, criatividade, abertura à experiência e ao aprendizado, coragem, generosidade, sabedoria, aceitação, comprometimento, disciplina e amorosidade. Frente a elas, a Sra. Wz escolhe a aceitação, comprometimento e coragem para estabelecer foco com vistas ao desenvolvimento.

## DÉCIMO TERCEIRO CAMINHO

Neste último caminho, um material psicoeducativo que sintetiza todos os passos em 6 estratégias essenciais é entregue para a paciente para que possa ler e refletir como tema de casa. A proposição deste caminho encontra fundamento nos modelos da Terapia Cognitivo-Comportamental (BECK et al., 2015), da Terapia de Aceitação e Compromisso (LUOMA et al., 2007), e na Psicologia Positiva (SELIGMAN, 2012).

### STRESSTEGY – FEEDBACK DE ENCERRAMENTO

Após esta trilha de aprendizado, busca-se coletar o *feedback* da paciente acerca dos caminhos percorridos. Sra. Wz explicita que o STRAIN auxiliou a perceber o quanto ela estava estressada e o número de estressores que ela havia vivenciado na vida. Também refere que percebeu que algumas áreas de sua vida estavam atualmente sendo atingidas pelos estressores, e não todas como vinha generalizando. Relata que percebeu as relações entre a ansiedade e as situações experimentadas com a instabilidade financeira, criação dos filhos e adoecimento do pai. A partir desta clarificação, o Baralho STRESStegy mostrou-se bastante útil para compreender variáveis relacionadas ao estresse e para mapear recursos a serem treinados para um melhor enfrentamento dos estressores. Por fim, ressaltou que percebeu mudanças em sua forma de pensar, estando mais focada a partir dali no que era mais importante em detrimento da evitação comportamental da ansiedade.

O andamento ao processo psicoterápico transcorreu visando consolidar a conquista de nova colocação profissional e a melhor administração das conflitivas experimentadas. Estabeleceu-se como plano de reavaliação a reaplicação do STRAIN 6 meses após a aplicação inicial, tendo com foco quantificar a existência de alterações no padrão de resiliência da paciente, bem como possíveis evoluções acerca dos estressores e da severidade do estresse.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo abordou sobre ferramentas para a avaliação e gerenciamento do estresse, tendo apresentado o *Stress and Adversity Inventory pra Adultos* (STRAIN para adultos), o *Baralho STRESStegy: 13 caminhos para driblar o estresse*, e um estudo de caso no qual tais ferramentas foram aplicadas. Além disso, identificou o estresse cumulativo como fator de aumento do risco para o adoecimento e envelhecimento precoce. Observou ser reduzida a literatura científica que contemple medidas do estresse ao longo de todo o ciclo vital dos indivíduos. Neste sentido, explicou que o *Stress and Adversity Inventory para adultos* (STRAIN para Adultos) foi desenvolvido visando suprir algumas lacunas existentes no mapeamento do estresse ao longo da vida, oferecendo ao clínico e

ao pesquisador um instrumento com evidências de validade na realidade brasileira para o mapeamento abrangente do estresse.

Destacou, ainda, que o STRAIN para Adultos evidenciou poder preditivo a todos os 5 desfechos de saúde estudados (queixas de *saúde física e mental, problemas no sono, problemas de saúde geral e doenças autoimunes* diagnosticados por um médico e relatados pelo participante) em uma pesquisa empírica que foi conduzida junto a adultos brasileiros da população geral. Para cada estressor pontuado no STRAIN o participante teve 2.9% mais probabilidade de apresentar um problema de saúde geral diagnosticado por um médico, e 4% mais probabilidade de apresentar uma doença autoimune diagnosticada por um médico. Dessa maneira, o STRAIN para Adultos demonstrou significativa acurácia para o mapeamento do estresse ao longo de todo o ciclo vital, o que pode ser essencial quando se pensa na implementação de intervenções voltadas ao tratamento, prevenção e promoção de saúde, seja no contexto da prática clínica ou da pesquisa científica (CAZASSA et al., 2020).

O presente capítulo apresentou, também, um recurso favorável à construção de estratégias e para a busca de caminhos visando a ampliação da resiliência, da flexibilidade psicológica e, por conseguinte, de melhores formas para lidar com o estresse. Este recurso recebeu o nome de *Baralho STRESStegy: 13 caminhos para driblar o estresse*, o qual se configura como uma trilha lúdica para o aprendizado de estratégias favoráveis ao gerenciamento efetivo das experiências estressoras.

Por fim, um estudo de caso clínico demonstrou a aplicabilidade do *Stress and Adversity Inventory para Adultos* (STRAIN para Adultos) para a qualificada mensuração do estresse ao longo de toda a vida do indivíduo, bem como o uso do Baralho STRESStegy: 13 caminhos para driblar o estresse para o desenvolvimento de recursos voltados ao melhor gerenciamento do estresse. Ressaltou que o sucesso do tratamento pode ficar prejudicado caso variáveis estressoras potencialmente impactantes na vida do paciente deixem de ser avaliadas corretamente. Bem assim, explicou que o gerenciamento do estresse por parte do sujeito também tende a sofrer prejuízos se esta mensuração acerca da exposição ao estresse ao longo da vida ocorrer de modo superficial.

Conclui-se, assim, que a avaliação qualificada e abrangente do estresse ao longo de toda a vida do indivíduo é fator altamente relevante para uma adequada preparação do plano de tratamento a ser delineado pelo profissional junto do paciente, aspecto crucial para o desenvolvimento de intervenção psicoterapêutica assertiva, resolutiva e efetiva, inclusive em nível de prevenção e promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA. (ABEP). *Critério Brasil* 2015, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/PC/Downloads/01\_cceb\_2015.pdf. Acesso em: 08 nov. 2017.

ADLER, N. E.; EPEL, E. S.; CASTELLAZZO, G.; ICKOVICS, J. R. Relationship of subjective and objective social status with psychological and physiological functioning: Preliminary data in healthy, White women. *Health psychology*, 19(6), p. 586-592, 2000. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.6.586>.

BECK, A. T.; DAVIS, D. D.; FREEMAN, A. (Eds.). *Cognitive therapy of personality disorders*. Guilford Publications, 2015.

BERTOLAZI, A. N. *Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono*: Escala de sonolência de Epworth e Índice de qualidade de sono de Pittsburgh. (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Ciências Médicas, 2008.

BOWER, J. E.; CROSSWELL, A. D.; SLAVICH, G. M. *Childhood adversity and cumulative life stress*: Risk factors for cancer-related fatigue. *Clinical Psychological Science*, 2, p. 108-115, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1177/2167702613496243>.

CAZASSA, M. J. *Mapeamento de estressores e da severidade do estresse em adultos brasileiros por intermédio do Stress and Adversity Inventory (STRAIN)*. (Tese de doutorado encaminhada para a publicação). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2019.

\_\_\_\_\_; OLIVEIRA, M. S.; SPAHR, C. M.; SHIELDS, G. S.; SLAVICH, G. M. The Stress and Adversity Inventory for Adults (Adult STRAIN) in Brazilian Portuguese: Initial validation and links with executive function, sleep, and mental and physical health. *Frontiers in Psychology*, 10, 3083, 2020. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03083>.

\_\_\_\_\_; SLAVICH, G. M. *Baralho STRESStegy*: 13 caminhos para driblar o estresse. Porto Alegre: Sinopsys Editora, 2019. ISBN: 978-85-9501-127-4.

\_\_\_\_\_. Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 29 (1), 23-31, 2012. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000100003>.

\_\_\_\_\_. Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), p. 187-195, 2008.

\_\_\_\_\_. *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire – Short Form*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2007.

CUNEO, M. G.; SCHREPF, A.; SLAVICH, G. M.; THAKER, P. H.; GOODHEART, M.; BENDER, D.; COLE, S. W.; SOOD, A. K.; LUTGENDORF, S. K. Diurnal cortisol rhythms, fatigue and psychosocial factors in five-year survivors of ovarian cancer. *Psychoneuroendocrinology*, 84, p. 139-142, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.06.019>.

DOOLEY, L. N.; SLAVICH, G. M.; MORENO, P. I.; BOWER, J. E. Strength through adversity: Moderate lifetime stress exposure is associated with psychological resilience in breast cancer survivors. *Stress and Health*, 33, p. 549-557, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2739>.

EPEL, E. S.; CROSSWELL, A. D.; MAYER, S. E.; PRATHER, A. A.; SLAVICH, G. M.; PUTERMAN, E.; MENDES, W. B. More than a feeling: A unified view of stress measurement for population science. *Frontiers in neuroendocrinology*, 49, p. 146-169. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.03.001>.

GILLESPIE, S. L.; CHRISTIAN, L. M.; ALSTON, A. D.; SALSBERY, P. J. Childhood stress and birth timing among African American women: Cortisol as biological mediator. *Psychoneuroendocrinology*, 84, p. 32-41, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2017.06.009>.

GOLDFARB, E. V.; SHIELDS, G. S.; DAW, N. D.; SLAVICH, G. M.; PHELPS, E. A. Low lifetime stress exposure is associated with reduced stimulus-response memory. *Learning & Memory*, 24, p. 162-168, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1101/lm.045179.117>.

HAYES, S. C.; SMITH, S. *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications, 2005.

HYMAN, C. Richard Lazarus, UC Berkeley psychology faculty member and influential researcher, dies at 80. *University of California, Berkeley-Campus News-Media Relations*, 2002. Disponível em: [www.berkeley.edu/news/media/releases/2002/12/04\\_lazarus.html](http://www.berkeley.edu/news/media/releases/2002/12/04_lazarus.html). Acesso em: 03 out. 2018.

KEEGAN, D.; BYRNE, K.; CULLEN, G.; DOHERTY, G. A.; DOOLEY, B.; MULCAHY, H. E. The stressometer: A simple, valid, and responsive measure of psychological stress in inflammatory bowel disease patients. *Journal of Crohn's and Colitis*, 9(10), p. 881-885, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjv120>.



KENDLER, K. S.; HETTEMA, J. M.; BUTERA, F.; GARDNER, C. O.; PRESCOTT, C. A. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 60, p. 789-796, 2003. DOI: 10.1001/archpsyc.60.8.789.

KESSLER, R. C. Stress, social status, and psychological distress. *Journal of Health and Social Behavior*, p. 259-272, 1979. DOI: 10.2307/2136450

\_\_\_\_\_. Kessler-10 - Brazilian Portuguese Translation of K-10 performed on behalf of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Advisory Committee, 2008. Disponível em: [https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6\\_scales.php](https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/k6_scales.php). Acesso em: 07 nov. 2017.

KURTZMAN, L.; O'DONOVAN, A.; KOSLOV, K.; ARENANDER, J.; EPEL, E. S.; SLAVICH, G. M. Sweating the big stuff: Dispositional pessimism exacerbates the deleterious effects of life stress on metabolic health. *European Journal of Psychotraumatology*, 3, 2012. DOI: <https://doi.org/10.3402/ejpt.v3i0.19401>.

LAM, J. C. W.; SHIELDS, G. S.; TRAINOR, B. C.; SLAVICH, G. M.; YONELINAS, A. P. Greater lifetime stress exposure predicts blunted cortisol but heightened DHEA responses to acute stress. *Stress and Health*, 35, p. 15-26, 2019. DOI: 10.1002/smi.2835.

LAZARUS, R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), p. 1-22, 1993.

LUOMA, J. B.; HAYES, S. C.; WALSER, R. D. Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists. *New Harbinger Publications*, 2007.

MUSCATELL, K. A.; DEDOVIC, K.; SLAVICH, G. M.; JARCHO, M. R.; BREEN, E. C.; BOWER, J. E., ... & EISENBERGER, N. I. Neural mechanisms linking social status and inflammatory responses to social stress. *Social cognitive and affective neuroscience*, 11(6), p. 915-922, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1093/scan/nsw025>.

ROBINSON, A. M. Let's Talk About Stress: History of Stress Research. Review of General Psychology. *Advance online publication*, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/gpr0000137>.

SCHAT, A. C.; KELLOWAY, E. K.; DESMARAIS, S. The Physical Health Questionnaire (PHQ): construct validation of a self-report scale of somatic symptoms. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, p. 363-381, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.363>.

SELIGMAN, M. E. (2012). Positive psychology in practice. New Jersey: John Wiley & Sons. Selye, H. (1976). Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. *Canadian Medical Association Journal*, 115(1), p. 53-56, 2012.

SHIELDS, G. S.; SLAVICH, G. M. Lifetime stress exposure and health: A review of contemporary assessment methods and biological mechanisms. *Social and Personality Psychology Compass*, 11, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/spc3.12335>.

SHIELDS, G. S.; MOONS, W. G.; SLAVICH, G. M. Better executive function under stress mitigates the effects of recent life stress exposure on health in young adults. *Stress*, 20, p. 75-85, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1286322>.

SHIELDS, G. S.; DOTY, D.; SHIELDS, R. H.; GOWER, G.; SLAVICH, G. M.; YONELINAS, A. P. (2017). Recent life stress exposure is associated with poorer long-term memory, working memory, and self-reported memory. *Stress*, 20, p. 598-607, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1080/10253890.2017.1380620>.

SLAVICH, G.M. Stressnology: The primitive (and problematic) study of life stress exposure and pressing need for better measurement. *Brain, Behavior, and Immunity*, 75, p. 3-5, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.08.011>.

SLAVICH, G. M. Life stress and health: A review of conceptual issues and recent findings. *Teaching of Psychology*, 43, p. 346-355, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0098628316662768>.

SLAVICH, G. M.; STEWART, J. G.; ESPOSITO, E. C.; SHIELDS, G. S.; AUERBACH, R. P. The Stress and Adversity Inventory for Adolescents (Adolescent STRAIN): associations with mental and physical health, risky behaviors, and psychiatric diagnoses in youth seeking treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. DOI: 10.1111/jcpp.13038.

\_\_\_\_\_ ; SHIELDS, G. S. (2018). Assessing lifetime stress exposure using the Stress and Adversity Inventory for Adults (Adult STRAIN): An overview and initial validation. *Psychosomatic Medicine*, 80, p. 17-27, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000534>.

\_\_\_\_\_ ; IRWIN, M. R. From stress to inflammation and major depressive disorder: A social signal transduction theory of depression. *Psychological bulletin*, 140(3), p. 774, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0035302>.

\_\_\_\_\_ ; TOUSSAINT, L. Using the Stress and Adversity Inventory as a teaching tool leads to significant learning gains in two courses on stress and health. *Stress and Health*, 30, p. 343-352, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1002/smi.2523>.

\_\_\_\_\_ ; WAY, B. M.; EISENBERGER, N. I.; TAYLOR, S. E. Neural sensitivity to social rejection is associated with inflammatory responses to social stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107, p. 14817-14822, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1073/pnas.1009164107>.

TOUSSAINT, L.; SHIELDS, G. S.; DORN, G.; SLAVICH, G. M. Effects of lifetime stress exposure on mental and physical health in young adulthood: How stress degrades and forgiveness protects health. *Journal of Health Psychology*, 21, p. 1004-1014, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/1359105314544132>.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, p. 1063-1070, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. New York: The Guilford Press, 2008.

---

\* O presente capítulo apresenta resultados dos estudos de doutorado constantes na tese desenvolvida por Milton José Cazassa, com orientação da Profa. Dra. Margareth da Silva Oliveira e coorientação do Prof. Dr. George M. Slavich.

Para mais informações sobre o Baralho STRESStegy ou sobre STRAIN para Adultos e/ou para Adolescentes, os módulos adicionais disponíveis para contextos específicos (estudantes universitários, pacientes oncológicos), e ou outros instrumentos produzidos pelo Laboratory for Stress Assessment and Research (<http://www.uclastresslab.org/>) da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA), envie um e-mail para [milton.cazassa@gmail.com](mailto:milton.cazassa@gmail.com).

# AVALIAÇÃO DA MOTIVAÇÃO NO SISTEMA JUDICIÁRIO

*Paulo Renato Vitória Calheiros  
Itamar José Félix Junior*

## RESUMO

Este capítulo tem o objetivo de apresentar instrumentos como entrevista estruturada, escalas e medidas que possam contribuir para a avaliação da motivação para mudança de comportamento de indivíduos usuários de substâncias psicoativas advindos do sistema judiciário. Dessa forma, equipar os profissionais da justiça e instituições parceiras do sistema judicial, como locais de tratamento para o Transtorno por Uso de Substâncias, com instrumentos para avaliação da motivação para mudança no comportamento alvo de pessoas com Transtorno por Uso de Substâncias.

## INTRODUÇÃO

### MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA E A JUSTIÇA

Um dos grandes desafios da Justiça é a completa recuperação do indivíduo para o retorno à sociedade. As mudanças que a Lei nº 11.343 de 2006 sobre a política de drogas no Brasil se refletem também em novas perspectivas de recuperação de pessoas com Transtornos por Uso de Substâncias (TUS), na qual foi incluída como medida o encaminhamento para o tratamento pela justiça, medida especialmente tomada em relação a crime leves. Aliado a isso, o Brasil tem apresentado aumento na procura de tratamentos e aumento da oferta de espaços que oferecem algum tipo de serviço terapêutico, mais por conta do uso de *crack* (DAMAS, 2013), recebendo estas pessoas encaminhadas pela Justiça para se tratar. Indivíduos com TUS e problemas com a Justiça envolvem muitas nuances em que a motivação para a mudança é fator preponderante e por conta disso diversos estudos sobre intervenções ou de criação de modelos de intervenção têm sido realizados, se destacando os modelos que trabalham para alavancar a adesão e aumentar o sucesso ou eficácia dos atuais tratamentos: as abordagens motivacionais (SZUPSYNSKI & OLIVEIRA, 2008).

O tratamento para os Transtornos por Uso de Substâncias não é simples: envolve várias etapas, antes mesmo do início na triagem, passando pelo tratamento propriamente dito, a pessoa passa por diferentes níveis ou estágios de motivação para mudança e de processos de mudança (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1984). Em diversas ocasiões, os fatores que antecedem a opção para o tratamento são problemas físicos, psicológicos e sociais, onde a pressão social ou conscientização individual também podem se configurar como motivos para aceitar um tratamento que após o início outros fatores poderão servir para a manutenção das mudanças desejadas.

E o sucesso no tratamento do TUS depende de muitos fatores, entretanto a motivação para mudança de comportamento é de fundamental importância para adesão e continuidade das ações que conduzem ao desfecho desejado. O panorama no Brasil é a implementação da Justiça Terapêutica, a ponto de ser comparada com as *Drugs Courts* dos Estados Unidos, que encaminham presidiários, muitas vezes involuntariamente, para o tratamento (RODRIGUES, 2006). Embora tenha crescido, há vários pontos que retiram a semelhança com o programa norte-americano, como o fato de não ser involuntário ou forçado. Tal fator tem se colocado à prova, e o NIDA (National Institute on Drug Abuse) afirma que o tratamento ideal tem 13 preceitos básicos para o sucesso, sendo um deles bastante polêmico no Brasil: o tratamento não precisa ser voluntário para ser efetivo (NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, 2012).

Apesar de ainda não ser uma política pública totalmente constituída, a Justiça Terapêutica vem ganhando espaço nas varas criminais dos tribunais de justiça de vários estados brasileiros e o número de pessoas encaminhadas para o tratamento vem aumentando ano a ano. Para Giacominni (2010) a Justiça Terapêutica visa outros objetivos além da melhora no quadro do uso de substâncias, tais como a diminuição da superlotação dos presídios, nos quais há uso de drogas, e a função de reabilitar o indivíduo em relação a comportamentos delinquentes, fazendo a reinserção social do indivíduo. Ademais, a chance que a decisão judicial de encaminhamento para ao tratamento pode ser vista como uma oportunidade no processo de recuperação e tem se tornado comum. Contudo também pode ser vista tanto pelos usuários, como pela sociedade, como uma forma de se livrar do encarceramento, sem levar a sério o tratamento.

A Justiça Terapêutica no Brasil, contextualmente não trabalha com o encaminhamento ao tratamento via coerção. Entretanto, estudos primários sobre essa relação drogas e justiça como o de Leukefeld e Tims (1993) colocam que pessoas para quem o tratamento foi uma imposição demonstraram engajamento e motivação semelhantes as das que aceitaram o tratamento de forma voluntária. No contexto da Justiça Terapêutica a opção de se tratar pode tanto ser requerida pelo sujeito, via advogado ou defensor público, como também pode

ser oferecida pela justiça à pessoa. No que se refere ao que o beneficiário do programa pensa a respeito de tal encaminhamento, pesquisadores na área de justiça criminal defendem a importância de se conhecer a percepção do processo do encaminhamento (FARABEE et al., 1998; POLCIN, 2001), pontuando que a motivação também é importante.

A motivação é um constructo que pode ser avaliado e o seu oposto, a desmotivação pode ser superada, quando é trabalhada no início da intervenção, aumentando as chances de adesão ao tratamento. A motivação é um componente de suma importância para o processo de mudança. Ela pode sofrer influência de fatores tanto internos quanto externos e muda de uma situação para outra, apresentando uma dinâmica complexa, a qual algumas teorias têm se debruçado a estudar. Entre diversas teorias ou modelos de intervenção que trabalham com a motivação, destaca-se o Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT).

O MTT, além de conceituar a motivação, também explica que a motivação para a completa mudança se dá em diferentes níveis, dinâmicos entre si, além de sofrer a influência de processos cognitivos e comportamentais (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1982; DICLEMENTE, 2005). A Prontidão para Mudança e Intenção também são constructos estudados pelo MTT, sendo aliados aos estágios de motivação. Os estágios são: a Pré-Contemplanção, onde o indivíduo não percebe o problema e não deseja mudar; a Contemplanção, a qual a pessoa já tem consciência acerca do comportamento alvo. Já o estágio na Preparação se configura como a tomada de decisão para a mudança, uma vez superada a ambivalência a qual avança para o próximo estágio, a Ação, que se refere ao momento que a pessoa passa a agir na solução do problema; por fim, a Manutenção é o estágio onde os comportamentos trabalhados na ação se consolidam, trabalhando a prevenção de recaídas.

A motivação pode ser influenciada por fatores externos e internos, e esses fatores desempenham papéis importantes no processo de tratamento. Estudando a percepção sobre a coerção para o tratamento em presos, Prendergast, Greenwell, Farabee e Hser, (2009), relatam que alguns clientes encaminhados pela justiça poderiam ter entrado no tratamento por conta própria, ou pelo menos reconheceriam sua necessidade de tratamento. Na amostra do estudo, as pessoas estavam sob pressão da justiça para se tratar, mas não estavam contra sua vontade. Além do mais, os autores afirmam que a motivação interna pode ter menos influência sobre a retenção no tratamento, de que quando há forte pressão externa pelo sistema de justiça ou de outras fontes, sendo o suficiente para manter os usuários em tratamento. Algumas pessoas relataram que preferiram esperar um tempo na cadeia para poder se tomar a decisão para se tratar.

Outros estudos avaliaram a motivação, o processo de mudança e a eficácia de abordagens motivacionais em pessoas com problemas relacionados a uso de substâncias e que cometeram crimes (CLAIR et al., 2011; SLAVET et al., 2006;

ANSTISS et al., 2011). A avaliação da motivação para a mudança tem se diversificado, sendo também avaliada em pessoas que cometeram violência doméstica contra parceiras (os) (REDONDO et al., 2021).

Com esses estudos e a partir do aumento dos encaminhamentos, demonstra-se a necessidade contínua de se fazer avaliações da motivação, especialmente no momento do encaminhamento e nos processos iniciais de tratamento, buscando identificar possíveis resistências, aumentando a adesão ao tratamento, prevenindo ações sem eficácia.

Um exemplo como a aplicação dessa medida pode ser benéfica foi vista no estudo qualitativo de Santos e Almeida (2013) com usuários de drogas encaminhados pela justiça em um Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). Os resultados demonstraram que as pessoas consideraram positivamente o fato de poder tratar seu problema com drogas, na qual os encaminhados têm seus direitos e garantias constitucionais concretizados, mas que mesmo assim, há o viés punitivo repressivo, no qual os entrevistados imaginavam o tratamento como uma penalização. Com uma avaliação da motivação e consequente trabalho motivacional, os resultados podem ser mais duradouros.

Para exemplo de como a avaliação pode ser importante no processo de encaminhamento, um estudo avaliou a motivação utilizando a Escala URICA para Substâncias Ilícitas e a Régua de Prontidão em pacientes em tratamento para o TUS encaminhado pela Justiça, comparando-os com pessoas que estavam se tratando por qualquer outro motivo, tal como por conta própria, pela família ou pelo trabalho. Os resultados mostraram que a motivação das pessoas encaminhadas não diferia significativamente de quem estava se tratando por outros motivos, mesmo em ambientes não fechados, como o tratamento ambulatorial (FÉLIX JUNIOR et al., 2018).

Espera-se um aumento dessa política de encaminhamento nos próximos anos, portanto se faz necessário o embasamento teórico e prático para a melhor eficácia dos programas de encaminhamento, buscando deste modo diminuir desistências ou falhas no tratamento ou até mesmo fugas.

Com isso em mente, e pensando na importância que uma avaliação da motivação, onde instrumentos objetivos padronizados e um inquérito que possa alavancar argumentos para a mudança comportamental este capítulo visa apresentar um modelo de avaliação que possa contribuir para a prática profissional de psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais que trabalham diretamente com a população encaminhada pela justiça, no contexto da justiça ou de tratamento.

## INSTRUMENTOS QUE GUIAM O PROFISSIONAL

Dentro do Modelo Transteórico de Motivação para a Mudança, entre vários conceitos, se insere o de entender a resistência, tendo como componentes chaves para entender o processo mudança a avaliação da motivação (CASTRO & PASSOS, 2005). Sendo a motivação dinâmica e complexa, podendo mudar de uma situação para outra, em um pequeno espaço de tempo, apenas a observação e o relato do indivíduo muitas vezes podem não ser suficiente para tal. Nesse sentido, o profissional tem a disposição algumas escalas objetivas que avaliam constructos da motivação, como os estágios de mudança. A seguir apresentaremos uma lista de Escalas adaptadas e validadas que podem ajudar os profissionais da justiça e de tratamento a avaliar os estágios de motivação.

Vale ressaltar que estes instrumentos também servem para a obtenção de resultados objetivos dentro de uma proposta de intervenção terapêutica, subsidiando o profissional para um acompanhamento mais longo. Geralmente as técnicas utilizadas são a intervenção breve ou entrevista motivacional (DICLEMENTE, 2001), ferramentas importantes que visam avaliar e alavancar a motivação para a mudança. Acompanhe a leitura onde apresentamos essas escalas e outros instrumentos para avaliação da motivação.

### ESCALA SOCRATES

A escala SOCRATES (*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*) foi desenvolvida inicialmente por Miller e Tonigan (1996) objetivando avaliar a motivação para a mudança em alcoolistas. A SOCRATES pode ser interpretada com três subescalas: reconhecimento; ambivalência e ação (CASTRO & PASSOS, 2005). Um estudo feito no Brasil para analisar a estrutura fatorial da Escala Socrates com pacientes em tratamento ambulatorial demonstrou que mais estudos devem ser realizados para saber qual estrutura de fatores descreve melhor a motivação, sendo que as duas formas de interpretação com dois e três fatores (FIGLIES et al., 2004). Deste modo, mesmo havendo a sua tradução, a escala necessita de mais estudos de aprofundamento fatorial, assim como mais estudos em diferentes contextos clínicos. Por conta disso, descrevemos brevemente esta escala apenas para conhecimento e possibilidade de despertar interesse em se estudar ela no contexto de justiça.

### ESCALA URICA PARA SUBSTÂNCIAS ILÍCITAS

A escala URICA para Substâncias Ilícitas (*University of Rhode Island Change Assessment*) foi desenvolvida por McCounaughy, Prochaska e Velicer (1983) e trata-se de uma ferramenta bastante eficaz em demonstrar qual estágio da motivação o paciente pode estar inclusive apontando o nível de Prontidão



para Mudança. Uma versão da escala URICA, a qual recomendamos, para pessoas que fazem uso de substâncias ilícitas foi validada por Szupszynski e Oliveira (2008), obtendo índice de consistência interna da validação satisfatória ( $\alpha = 0,657$ ). A URICA para Substâncias Ilícitas possui 24 itens subdivididos em quatro subescalas: Pré-contemplação (6 itens); Contemplação (6 itens); Ação (6 itens) e Manutenção (6 itens). Com as mesmas características há também a escala URICA para abuso ou dependência de álcool (OLIVEIRA et al., 2007) e a escala URICA para dependentes de tabaco (OLIVEIRA et al., 2014). Como se trata de uma escala que seu uso vem ganhando destaque em pesquisas e no contexto clínico demonstramos aqui um modelo de como saber o estágio de motivação usando a escala URICA para Ilícitas. O modelo de como a escala pode ser utilizada foi bem demonstrada no livro “*Por que é tão difícil de mudar?*” no capítulo de Oliveira et al. (2017) intitulado ‘Instrumentos de avaliação do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento’, a qual agora nós reproduziremos:

O avaliador tem por objetivo inicial conseguir que o indivíduo que irá ser avaliado se sinta bem e confortável a responder o instrumento que for, como a URICA para Ilícitas. Esse *Rapport* inicial deve ser o foco do profissional, uma vez que isso proporcionará respostas mais fidedignas do avaliado, ressaltando que se trata de problemas de comportamento que muitas vezes a pessoa sente vergonha ou medo de relatar. E por isso, outra questão relevante antes da aplicação é deixar transparente o objetivo do instrumento e da avaliação para o respondente.

No instrumento os indivíduos leem a descrição que serve como Rapport, que visa instrumentalizá-los para responder. Passando então para as afirmações onde circularão o quanto concorda ou discorda de cada afirmação da URICA. Tanto a escala completa, quanto os itens de cada subescala são encontrados na publicação de Szupszynski (2006) e Szupszynski e Oliveira (2008).<sup>2</sup>

#### EXEMPLO:

**Rapport:** *Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento em relação às drogas, Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando e como você se sente agora, não como você se sentiu no passado, nem como gostaria de se sentir.*

*Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Plenamente, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo Plenamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.*

2 Escala URICA para drogas Ilícitas, retirado de Szupszynski e Oliveira (2008), mediante autorização das autoras do estudo.

Figura 1 – Escala URICA para drogas ilícitas

	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	1	2	3	4	5

Fonte: Szupszynski e Oliveira (2008)

## Obtendo o Resultado e Conhecendo o Estágio de Mudança

Em princípio, com o objetivo de conhecer naquele momento em qual estágio de motivação para mudança o indivíduo está, é feito o somatório dos itens que compõem cada uma das quatro subescalas, obtendo um valor total bruto.

Figura 2 – Itens de cada subescala para correção da Escala URICA para drogas ilícitas

Pré-contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
1	3	2	10
5	6	4	12
7	9	8	15
16	13	11	20
19	14	18	21
22	17	23	24
Total:	Total:	Total:	Total:

Fonte: Szupszynski e Oliveira (2008), com autorização das autoras.

Supondo que uma pessoa que estava encarcerada ou respondendo processo judicial, apresenta TUS por uso de Cocaína e deseja realizar tratamento, preenchendo os critérios do encaminhamento, ao ser avaliado obteve os seguintes resultados brutos:

Pré-Contemplação: 12

Contemplação: 28

Ação: 20

Manutenção: 17

A partir do escore bruto de cada subescala, o profissional aplicador deve transformá-la em percentis, utilizando a escala de conversão abaixo.

Figura 3 – Percentis para a correção da Escala URICA para drogas ilícitas

	Pré-Contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
85	29-30			
80	27-28			
75	24-26			
70	22-23			
65	20-21			30
60	17-19	29-30	29-30	27-29
55	15-16	27-28	27-28	25-26
50	13-14	26	26	22-24
45	11-12	24-25	24-25	20-21
40	8-10	22-23	22-23	18-19
35	6-7	21	20-21	15-17
30		19-20	18-19	13-14
25		17-18	16-17	11-12
20		15-16	15	8-10
15		14	13-14	6-7
10		12-13	11-12	
5		10-11	9-10	
00		8-9	7-8	
-5		6-7	6	

Fonte: Szupszynski e Oliveira (2008), com autorização das autoras.

Uma vez que você já tem o escore bruto para cada subescala, basta verificar na coluna de percentil para saber o resultado ponderado. Utilizando o exemplo acima, o indivíduo que está sendo avaliado e teve 12 pontos no resultado bruto na subescala de **Pré-Contemplação** ficou com 45 pontos percentuais. Assim, deve-se repetir para todas as outras subescalas o mesmo procedimento, na qual do exemplo o resultado bruto de 28 pontos na subescala **Contemplação**, na coluna de percentil é obtido 55 pontos percentuais nesse estágio. Para a subescala de **Ação**, o resultado bruto de 20 pontos corresponde a 35 pontos percentuais e, por fim, na subescala de **Manutenção**, com 17 pontos brutos, é obtido novamente 35 pontos percentuais.

**Resultado:** Assim, o estágio de motivação em que o indivíduo mais se encontra é aquele em que os pontos percentuais foram maiores, estando, portanto, no caso do indivíduo com TUS de Cocaína seu estágio, naquele momento foi a Contemplação.

## PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA

A Escala URICA também permite ao profissional conhecer o valor da Prontidão para a Mudança que cada indivíduo obteve, resolvendo uma simples equação com os resultados brutos de cada subescala. A equação para obter a Prontidão para a Mudança é:

**Prontidão para a Mudança = Contemplação (C) + Ação (A) + Manutenção (M) - Pré-contemplação (PC)**

A partir do exemplo que estamos utilizando, o resultado da Prontidão para a Mudança seria o seguinte:

**Prontidão para Mudança: (28 + 20 + 17) - 12 = 53**

Para melhor aproveitamento de tais resultados, é aconselhável a aplicação coletiva, de modo que faça a correção para todos os sujeitos da sua amostra. No final da coleta se obtém uma média da amostra, ou seja, uma média dos valores de prontidão para mudança. A partir da média, quem pontuar acima dela está motivado. Quem pontuar abaixo da média não estará motivado. Deste modo, considerando que numa amostra de pessoas que podem ser elegíveis para o encaminhamento e a média geral de prontidão foi de 70, este participante, com seu resultado de Prontidão para Mudança com 54 pontos é considerado desmotivado, perante a média geral bem menor que 70.

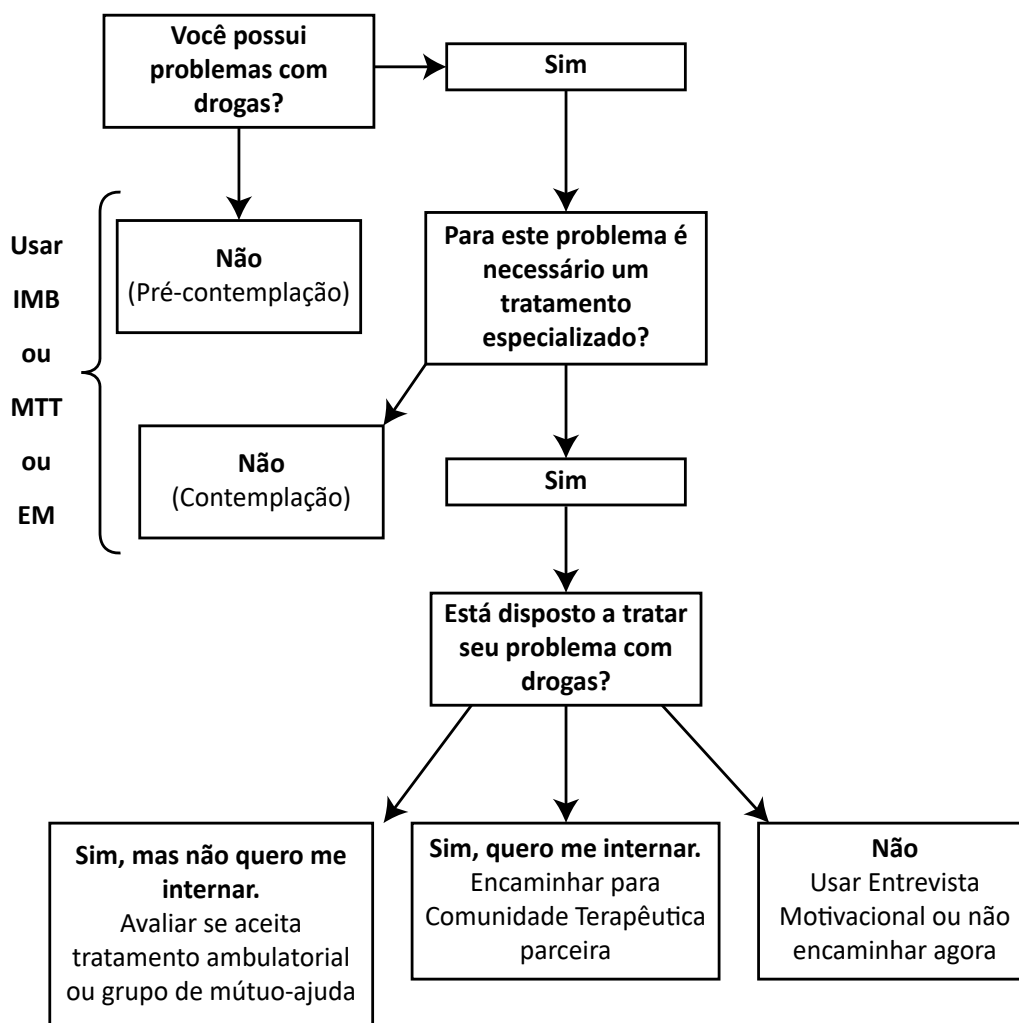
## ALGORITMOS

Os algoritmos se apresentam como um recurso bastante flexível na avaliação da motivação. Em forma de perguntas simples com respostas fechadas, o avaliador pode chegar a um denominador comum sobre como pode se apresentar a motivação do sujeito, podendo servir como um recurso adjuvante a outros instrumentos como a Escala URICA. Os algoritmos também podem ser produzidos por qualquer especialista na área (REED et al., 1997).

Nos algoritmos, há a possibilidade inicial de se descobrir que a pessoa não está motivada o suficiente para o tratamento, estando nos estágios de Pré-Contemplação ou Contemplação. Para tanto, a equipe profissional pode aplicar técnicas de motivação, como a Intervenção Breve Motivacional (IMB), Entrevista Motivacional (EM) ou técnicas do Modelo Transteórico (MTT) para ajudar a suplantar a ambivalência entre mudar ou não e planejar a mudança. Tais intervenções, em especial a Entrevista Motivacional, têm se demonstrado eficazes em diminuir a agressividade em adolescentes, por exemplo (CLAIR et al., 2016).

Um exemplo de algoritmo na avaliação da motivação em pessoas com a justiça pode ser a seguinte:

Figura 4 – Algoritmo para avaliação da motivação para mudança

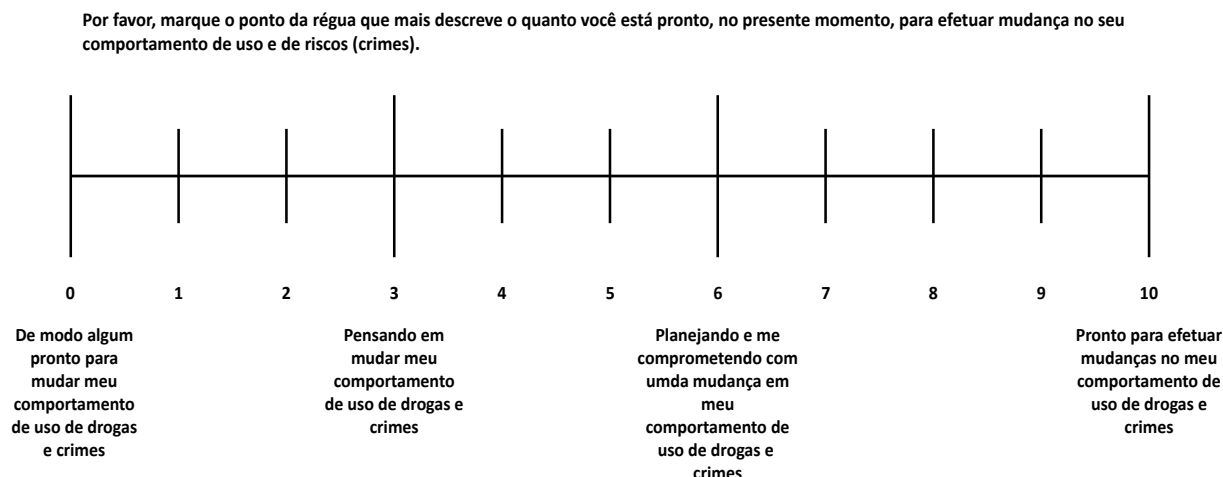


Fonte: Paulo Renato Vitória Calheiros e Itamar José Félix Junior, 2023. Material de uso permitido com devida citação dos autores.

### RÉGUA DE PRONTIDÃO PARA A MUDANÇA

A Régua de Prontidão para a Mudança trata-se de um instrumento analógico-visual com características de ser simples e rápido de se utilizar além de ser auto avaliativa, na qual a pessoa assinala subjetivamente seu estado atual de motivação em uma linha reta. Na aplicação, questiona-se ao sujeito em qual ponto da régua melhor considera o quão pronto ele está, no atual momento, para mudar seu comportamento com drogas, variando a nota de zero a dez, na qual zero é considerado que o indivíduo não está pronto ou motivado de modo algum para mudar e 10 que ele está motivado ou pronto para trabalhar seu problema (Connors et al., 2013). No caso de pessoas encaminhadas pela justiça para o tratamento, pode-se fazer alterações no texto, como tal:

Figura 5: Régua de Prontidão para a Mudança



Fonte: Velásquez et al., 2001.

Em todos os casos a nova oportunidade de intervenção propiciada a esses indivíduos pelo sistema judicial convida a consideração da necessidade da possibilidade de diálogo constante com os profissionais da rede de atenção ao Dependente Químico com o sistema judiciário, sem o qual haverá a impossibilidade de monitoramento das ações e evolução das condutas e dos seus resultados práticos satisfatórios.

Também apresentamos uma entrevista semi-estruturada, que visa contribuir na avaliação qualitativa no que se refere ao encaminhamento judiciário para o tratamento.

## ENTREVISTA

No que se refere à avaliação para o encaminhamento, tanto os profissionais da justiça, quanto os profissionais das instituições parceiras a qual o indivíduo fará o tratamento, devem ter em mãos uma anamnese que inclua perguntas acerca da motivação para a mudança e outras informações da história clínica e da vida do paciente. A anamnese pode ter vários pontos, sendo um dos primeiros a identificação do consumo de substâncias, sabendo, por exemplo, o padrão, quais substâncias ele consome ou já consumiu, problemas secundários (legais, sociais, laborais) e os diferentes tipos de gravidade de dependência de uma ou mais drogas. Algumas dessas informações podem ser obtidas pela escala ASI-6 (FERNANDES et al., 2015).

Buscar a relação da dependência com o comportamento antissocial, evidentemente tomando-se o cuidado de se ter uma compreensão de todas as condições que favoreceram ou se relacionam ao contexto que contribuíram para a condução à esfera judicial, isso inclui a avaliação, inclusive, da possibilidade de comorbidades orgânicas e psiquiátricas.

No entanto, visando qualificar as informações a respeito do encaminhamento, o profissional pode-se guiar com perguntas abertas que caracterizarão a motivação presente no indivíduo. As respostas não devem ser interpretadas como absolutas, mas sim, podendo ser adjuvante aos resultados objetivos verificados pelas outras escalas. Algumas perguntas, as quais consideramos fundamentais nessa fase da avaliação são:

- *Diga-me o que você pensava sobre o tratamento para seu problema de álcool e drogas*
- *Com relação ao uso de drogas, você já considerou ou considera a possibilidade de fazer alguma mudança de comportamento?*
- *O que você pensa a respeito de tratar seu problema com (nome da substância)?*
- *Se você nunca pensou em se tratar ou nunca se tratou, como você pensa que poderia ser sua vida após o tratamento?*

Dessa forma, com tais perguntas, pode-se vislumbrar pelas respostas e pelo comportamento não-verbal para qual tipo de serviço o encaminhamento pode ser realizado nos mais diferentes recursos da comunidade na atenção ao usuário de drogas. Indivíduos com dependência moderada, sem comorbidades orgânicas ou psiquiátricas, com avaliação judicial indicando infração leve e primária, com suporte familiar e motivados para tratamento, poderiam ter assistência ambulatorial em uma rede de atenção à Dependência Química. Nessa categoria estão incluídos muitos daqueles indivíduos que foram inseridos no sistema judicial pela primeira vez, em virtude disso, cabe a esse sistema e ao sistema de saúde prestar-lhes uma atenção especialmente planejada respeitando essa condição. Evidentemente, estamos nos referindo a ações cientificamente sustentadas que não permitem condutas improvisadas e amadoras que podem culminar contribuindo para o agravamento e a posterior cronificação dos problemas.

Conseqüentemente, aqueles indivíduos com mais comprometimentos como dependência moderada/grave, comorbidades orgânicas e/ou psiquiátricas, sem suporte social adequado e pouco motivado para o tratamento deveriam ser encaminhados para tratamentos que estivessem atentos à complexidade e mais equipados para cuidados de pacientes com esse perfil de gravidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envolvimento judicial de usuários de substâncias psicoativas evidência falhas da família na proteção de seus membros principalmente de crianças e adolescentes. Mesmo a comunidade e suas outras instituições como escolas, igrejas também podem ter realizado muito ou pouco nesse sentido de proteção. Apesar do que poderia ter sido feito ou até mesmo dos esforços dispendidos, o fato é

que todos esses sistemas foram ineficazes na evitação da chegada dessas pessoas ao sistema judicial. É evidente que essa realidade aponta para a necessidade de implementação de prevenção em todos os níveis para dependência de substâncias em nosso país. O fracasso institucional, a falta ou ineficácia do sistema preventivo culmina com um crescente número de indivíduos encaminhados pela justiça para tratamento para dependência de substâncias.

Vários fatores agem para a motivação para o tratamento e devem ser melhores trabalhados pelos profissionais. D'Sylva et al. (2012) sugerem que se forem abordados aspectos cognitivos e comportamentais ou de personalidade para prontidão de tratamento de drogas, os profissionais poderão melhor intensificar os processos de avaliação e intervenção, além de aumentar a autoeficácia sobre os eventos eliciadores de fissura ou *craving*.

Com isso, esses indivíduos têm agora uma nova oportunidade de proteção que pode ser oferecida pela justiça. Para esse fim, torna-se crucial a tarefa de intervenção no comportamento problema a avaliação de motivação para mudança e a indicação de consequentes condutas terapêuticas orientadas por ela. A correta avaliação de motivação, tanto pelos agentes da justiça quanto pelos profissionais que recebem essas pessoas encaminhadas, pode ser um dos primeiros passos no sentido de seguir um caminho que pode diferir do acúmulo de frustrações na expectativa de bons resultados no tratamento de comportamentos aditivos. Ou seja, a avaliação da motivação para mudança de comportamento de pessoas advindas do sistema judicial, que poderá ser facilitada pelo uso dos instrumentos apresentados nesse capítulo, sinalizará o uso correto de procedimentos motivacionais e encaminhamento para a melhor forma de tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias disponível para essa população.

Dessa forma, os profissionais do judiciário e do sistema de saúde podem manter um importante canal de comunicação para acompanhamento da adesão aos procedimentos indicados e a avaliação dos resultados do esforço dispendido de forma conjunta. Entre esses, espera-se que a mudança no comportamento aditivo tenha forte influência na diminuição da reincidência criminal.

## REFERÊNCIAS

ANSTISS, B.; POLASCHEK, D. L.; WILSON, M. A brief motivational interviewing intervention with prisoners: when you lead a horse to water, can it drink for itself?. *Psychology, Crime & Law*, 17(8), p. 689-710, 2011.

CASTRO, M. M. L. D.; PASSOS, S. R. L. Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Rev. Psiq. Clín.* 32(6), p. 330-335, 2005.



CLAIR-MICHAUD, M.; MARTIN, R. A.; STEIN, L. A. R.; BASSETT, S.; LEBEAU, R.; GOLEMBESKE, C. The Impact of Motivational Interviewing on Delinquent Behaviors in Incarcerated Adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 65, p. 13-19. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.09.003>.

CLAIR, M.; STEIN, L. A. R.; MARTIN, R.; BARNETT, N. P.; COLBY, S. M.; MONTI, P. M.; GOLEMBESKE, C.; LEBEAU, R. Motivation to change alcohol use and treatment engagement in incarcerated youth. *Addictive behaviors*, 36(6), p. 674-680, 2011.

CONNORS, G. J.; DICLEMENTE, C. C.; VELASQUEZ, M. M.; DONOVAN, D. M. Substance abuse treatment and the stages of change: Selecting and planning interventions. Guilford Press, 2013.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, 2013.

DICLEMENTE, C. Entrevista Motivacional e os Estágios da Mudança. In: Miller, W. R, & Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed, p. 171-180, 2001.

\_\_\_\_\_. Conceptual Models and Applied Research: The Ongoing Contribution of the Transtheoretical Model. *Journal os Addictions Nursing*, 16, p. 5-12, 2005.

D'SYLVA, F.; GRAFFAM, J.; HARDCASTLE, L.; Shinkfield, A. J. (2012). Analysis of the stages of change model of drug and alcohol treatment readiness among prisoners. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 56(2), p. 265-280, 2012.

FARABEE, D.; PRENDERGAST, M.; ANGLIN, D. The effectiveness of coerced treatment for drug abusing offenders. *Federal Probation*, 62(1), p. 3-10, 1998.

FÉLIX JUNIOR, I. J.; CALHEIROS, P. R. V.; CRISPIM, P. D. T. B. Motivação para mudança no uso de substâncias entre usuários de drogas encaminhados pela justiça. *Temas em Psicologia*, 26(3), p. 1363-1378, 2018.

FERNANDES, L. R.; COLUGNATI, F. A. B.; SARTES, L. M. A. Desenvolvimento e avaliação das propriedades psicométricas da versão brasileira do Addiction Severity Index 6 (ASI-6) Light. *J Bras Psiquiatr*, 64(2), p. 132-9, 215.

FIGLIE, N. B.; DUNN, J.; LARANJEIRA, R. Estrutura fatorial da Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente. *Revista brasileira de psiquiatria*, 2004.

GIACOMINI, E. (2009). A Justiça Terapêutica como alternativa ao Sistema Penal Brasileiro. *Âmbito Jurídico*, 62, 2009. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=5978](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5978). Acesso em: dia mês ano.

LEUKEFELD, C. G.; TIMS, F. R. Drug abuse treatment in prisons and jails. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(1), p. 77-84, 1993.

MCCONNAUGHY, E. A.; PROCHASKA, J. O.; VELICER, W. F. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 20(3), 368, 1983.

MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S. Assessing drinkers' motivation for change: the Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of addictive behaviors*, 10(2), 81, 1996.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. (NIDA). Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide. (Third Edition), 2012. Disponível em: [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat\\_1.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat_1.pdf). Acesso em: dia mês ano.

OLIVEIRA, M. S.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; LUCENA-SANTOS, P.; FREIRE, S. D.; BITENCOURT, S.; SOUZA, C. C. Instrumentos de Avaliação do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento. In: Oliveira, M. S., Boff, R. M., Cazassa, M. J., & DiClemente, C. C. (Org.). Por que é tão difícil Mudar? Contribuições do Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento na Prática Clínica e na Promoção de Saúde. Novo Hamburgo RS: Sinopsys Editora, 2017.

\_\_\_\_\_; LUDWIG, M. W. B.; DE MORAES, J. F. D.; RODRIGUES, V. S.; FERNANDES, R. S. Evidências de validade da University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) para dependentes de tabaco. *Revista de Ciências Médicas*, 23(1), p. 5-14, 2014.

OLIVEIRA, M. S.; FREIRE, S. F.; CAZASSA, M. J. Validação da versão brasileira da escala URICA para abuso ou dependência de álcool. In: Anais do XIX Congresso da ABEAD. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2007.

PRENDERGAST, M.; GREENWELL, L.; FARABEE, D.; HSER, Y. I. Influence of perceived coercion and motivation on treatment completion and re-arrest among substance-abusing offenders. *The journal of behavioral health services & research*, 36(2), p. 159-176, 2009.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy. Toward a more integrative modelo of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, p. 161-173, 1982.

\_\_\_\_\_ ; Norcross J.C. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychology*, 47, p. 1102-1114, 1992.

POLCIN, D. L. Drug and alcohol offenders coerced into treatment: A review of modalities and suggestions for research on social model programs. *Substance Use & Misuse*, 36(5), p. 589-608, 2001.

REDONDO, N.; MUÑOZ-RIVAS, M. J.; CANTOS, A. L.; GRAÑA, J. L. Therapeutic Dynamics of Aggression, Readiness to Change, and Recidivism in a Partner Violent Men Typology. *Crime & Delinquency*, 0(0), 2021.

REED, G. R.; VELICER, W. F.; PROCHASKA, J. O.; ROSSI, J. S.; MARCUS, B. H. What makes a good staging algorithm: examples from regular exercise. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), p. 57-66, 1997.

RODRIGUES, L. B. F. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SLAVET, J. D.; STEIN, L. A. R.; COLBY, S. M.; BARNETT, N. P.; MONTI, P. M.; GOLEMESKE, C.; LEBEAU-CRAVEN, R. The Marijuana Ladder: Measuring motivation to change marijuana use in incarcerated adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 83(1), p. 42-48, 2006.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R. Estudo dos processos de mudança em usuários de substâncias psicoativas ilícitas. (Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre), 2012. Disponível em: <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4899/1/000445275-Texto%2bCompleto-0.pdf>. Acesso em: dia mês ano.

\_\_\_\_\_ ; OLIVEIRA, M. D. S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *PsicoUSF*, 13(1), p. 31-39, 2008.

\_\_\_\_\_. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Mestrado em Psicologia Clínica. PUC-RS, 2006.

SANTOS, J. E. D.; ALMEIDA, T. M. M. Interface do discurso da Saúde e Justiça: Uma Experiência no Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e outras Drogas. *Saúde & Transformação Social*, 4(4), p. 22-29, 2013.

VELÁSQUEZ, M.; MAURER, G.; CROUCH, C.; DICLEMENTE, C. Group treatment for substance abuse: a stages-of-change therapy manual. New York: The Guilford Press, 2001.

## ANEXOS

### URICA PARA DROGAS ILÍCITAS

(UNIVERSITY RHODE ISLAND CHANGE ASSESSMENT)

ADAPTAÇÃO BRASILEIRA KAREN SZUPSZYNSKI E MARGARETH DA SILVA OLIVEIRA  
( PUCRS)

Por favor, leia cuidadosamente as frases abaixo. Cada afirmação descreve a maneira como você pode pensar (ou não pensar) o seu comportamento com relação às drogas. Favor indicar o grau que você concorda ou discorda de cada afirmação. Em cada questão, faça sua escolha pensando em como você se sente agora, não como você se sentia no passado nem como gostaria de sentir.

Existem CINCO possíveis respostas para cada um dos itens do questionário: Discordo Extremamente, Discordo, Indeciso, Concordo e Concordo Extremamente. Circule o número que melhor descreve o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação.

Existem CINCO possíveis respostas	Discordo Extremamente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo Plenamente
1. Eu não estou com um problema com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
2. Eu estou fazendo algum esforço para melhorar meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
3. Eu estive pensando que eu devia mudar algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
4. Eu sei que eu preciso trabalhar no meu problema em relação às drogas.	1	2	3	4	5
5. Muitas pessoas usam drogas, eu não penso que isso seja um problema para mim.	1	2	3	4	5
6. Eu espero poder entender melhor meu problema com relação às drogas.	1	2	3	4	5
7. Eu talvez tenha alguns problemas com relação ao meu uso de drogas, mas não há nada em que eu realmente precise mudar.	1	2	3	4	5
8. Eu realmente estou trabalhando duro para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
9. Eu tenho um problema com as drogas e eu realmente penso que eu deveria trabalhar nele.	1	2	3	4	5
10. Eu preciso fazer algo para evitar uma recaída.	1	2	3	4	5
11. Eu estou trabalhando na mudança do meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5
12. Eu pensei que estava livre do meu problema com relação às drogas, mas não estou.	1	2	3	4	5
13. Eu gostaria de ter mais idéias de como solucionar o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
14. Eu espero que eu encontre mais razões para mudar meu comportamento com relação às drogas.	1	2	3	4	5

15. Eu preciso de ajuda para manter as mudanças que consegui com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
16. Talvez eu tenha problemas com as drogas, mas não creio nisso.	1	2	3	4	5
17. Eu estou em dúvida sobre fazer algo com relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
18. Eu realmente estou fazendo algo sobre o meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
19. Eu gostaria que fosse possível simplesmente esquecer os problemas em relação às drogas.	1	2	3	4	5
20. Às vezes, eu preciso me esforçar para prevenir uma recaída no meu problema com as drogas.	1	2	3	4	5
21. Estou frustrado, porque pensava ter resolvido meu problema com as drogas, mas não resolvi.	1	2	3	4	5
22. Eu tenho alguns problemas em relação às drogas, mas por que perder tempo pensando neles?	1	2	3	4	5
23. Eu estou ativamente trabalhando no meu problema em relação ao meu uso de drogas.	1	2	3	4	5
24. Eu estou preocupado em talvez não conseguir manter a minha mudança em relação às drogas.	1	2	3	4	5

# PRÁTICAS E DESAFIOS NA ATENÇÃO E (RE) INSERÇÃO SOCIAL DOS CONSUMIDORES DE *CRACK*

*Suely de Melo Santana  
Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque Melo*

## RESUMO

O propósito deste capítulo é trazer à luz a discussão sobre a atenção e (re) inserção social dos consumidores de drogas, particularmente do *crack*, que se apresenta como desafio tanto para profissionais da área quanto para os propositores de políticas públicas que atendem a complexidade desse fenômeno. O capítulo revisita alguns aspectos teóricos implicados nessa prática e que lastreiam diversas proposições interventivas em prol da prevenção e tratamento dos transtornos por uso de substâncias, particularmente voltados aos problemas decorrentes do consumo de *crack*. Almeja-se avançar no sentido de integrar modelos de atenção baseados em múltiplos referenciais teóricos que buscam responder, cada qual, por aspectos implicados na vulnerabilidade dos indivíduos que consomem *crack*. O constante desafio nesse caminho remete a primar pela integração de contribuições que, mesmo não tendo atendido todas as especificidades dessa demanda de cuidado, de um modo ou de outro, têm ajudado a avançar em direção a modelos mais integrativos. Como fruto dessa reflexão, este capítulo busca contribuir com uma proposta piloto que apresenta um Modelo de Atenção Integrada para Consumidores de *Crack* (MAICC). Desde já, esclarece-se que essa proposição não ousa inovar no sentido de sugerir ações interventivas inéditas, mas sim integrar modelos de atenção baseados em evidências.

O capítulo trará a discussão sobre os seguintes aspectos:

- Comprometimentos biopsicossociais do consumo de *crack*;
- Exclusão social e os caminhos de (re)inserção;
- Práticas interventivas;
- Modelo de Atenção Integrada para Consumidores de *Crack* (MAICC).

## INTRODUÇÃO

Apesar de ser considerado como um fenômeno que fez parte de todo processo civilizatório, o consumo de drogas vem modificando suas características nas últimas décadas (ABREU & MALVASI, 2011). Tal fato tem levado a Organização Mundial de Saúde a caracterizá-lo enquanto um problema de saúde pública (BRASIL, 2009; MACHADO, 2010; UNODC, 2010; HORTA et al., 2016a). Um estudo recente (BASTOS & BERTONI, 2014), mesmo retirando a maconha de suas análises, estimou que há um milhão de usuários de drogas ilícitas em geral e que usuários de *crack* e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do país. Outro dado importante aponta que o Brasil se configura como o segundo maior consumidor das diferentes formas de cocaína, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (INPAD, 2012), indicando a necessidade de maiores estudos nesta área.

Ao se levar em consideração esses dados, pode-se refletir sobre a necessidade de se materializar intervenções que, com respaldo científico, possam melhorar a qualidade de vida das pessoas que apresentam problemas relativos ao consumo de *crack*. Costa et al. (2017) comentam que no contexto brasileiro ainda há uma grande lacuna no que diz respeito a atenção à essas pessoas, e diante desse desafio, pensar as concepções que reúnam processos de atenção e (re)inserção social desses indivíduos, remete a necessidade de estudar como se deu a construção dos aspectos normativos que embasam o que hoje são os serviços de referência para atender essa demanda, para que assim possam ser efetivadas propostas interventivas complementares.

A partir da Lei nº 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o Ministério da Saúde formulou uma Política Nacional Específica para Álcool e outras Drogas, que assume o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os consumidores de drogas. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad) e as políticas embasadas na redução de danos, passaram a ser considerados como principais estratégias de prevenção, promoção da saúde e tratamento (PINHO et al., 2008).

Já em 2019 foi aprovada a mais recente Política Nacional sobre Drogas (PNAD), e sancionada uma nova Lei nº 13.840/2019 que trouxe algumas atualizações e mudanças com relação a até então política sobre drogas (Lei nº 11.343/2016). Dentre essas mudanças, a regulamentação mais delimitada das internações involuntárias, a entrada das Comunidades Terapêuticas Acolhedoras como equipamentos que podem fazer parte da assistência aos consumidores de drogas, inclusive podendo receber recursos do poder público e a menção de ofertas de cuidado e tratamento que visam a abstinência do consumo de drogas, trouxeram inúmeras discussões (BRASIL, 2019).

Pode-se refletir que o movimento de atualização nas leis pode ser atribuído a alguns problemas que também foram evidenciados no movimento da reforma psiquiátrica do Brasil. A noção de que a luta contra ultrapassados manicômios levou a um processo de radicalização nas ações e que quase extinguiram os leitos psiquiátricos, sem a simultânea adequação da rede e dos serviços “substitutivos” como os CAPSad para suprir essa demanda, entra como um dos argumentos para a necessidade de se revisitar as leis. Segundo estudos da Abead (2019), entre 2002 e 2014, foram extintos mais de 25 mil leitos psiquiátricos em todo território nacional, esse fato trouxe consigo uma ideia equivocada de que doenças psiquiátricas, entre elas os transtornos por uso de substâncias, não necessitariam de internação.

As pessoas que apresentam transtorno por uso de substâncias, principalmente o *crack*, na maioria das vezes, possuem uma motivação considerada baixa para o tratamento e os comprometimentos pelo consumo, sejam eles clínicos (SAYAGO et al., 2012), cognitivos (RODRIGUES et al., 2017) ou sociais (GANEV & LIMA, 2011; Paiva et al., 2014; SCHNEIDER et al., 2016) já estão em níveis bastante avançados. Assim, contar com modelos de atenção que só oferecem condições para um acompanhamento ambulatorial, muitas vezes sem um enfoque técnico que responda às reais demandas desses consumidores de *crack*, pode não ser adequado.

Nesse sentido para que os processos de atenção e (re)inserção social dos consumidores de *crack* seja possível, são necessárias discussões sobre as “variáveis reais”, ou seja, o serviço que tenta promover essa intervenção; os processos metodológicos que atravessam esse objetivo; os recursos disponíveis; humanos, comunitários e materiais, o contexto em que o indivíduo é acometido e a questão central, que trata da definição do que os próprios consumidores de *crack* almejam quando procuram ajuda (PINHO et al., 2009; MELO & SANTANA, 2018).

Por fim, vale refletir que os aspectos ligados a uma atenção e (re)inserção social de consumidores de *crack* efetiva, traz consigo uma condição complexa, que na maioria das vezes não poderá ser respondida com processos simples e de pouca profundidade. Assim, o que se busca, é uma interação dos aspectos teóricos e práticos, na tentativa de transformar essas reflexões em ações pragmáticas e de efetividade, pois como aponta Bandura (2001), uma teoria não deve ser só explicativa, mas proporcionar alguma melhora social.

## **ASPECTOS CONTEMPORÂNEOS QUE PERMEIAM O CONSUMO DE CRACK**

### **COMPROMETIMENTOS BIOPSISSOCIAIS**

Inúmeros desafios podem ser encontrados quando se pensa em conhecer a real situação dos indivíduos que consomem *crack*. Como exemplo, pode-se visualizar comprometimentos de saúde, muitas vezes caracterizado por *déficits*



nutricionais, emagrecimento excessivo e fragilidade no sistema imunológico. Esta perda de peso provavelmente é influenciada pelos efeitos estimulantes da droga, que pode provocar perda de apetite dentre outros problemas. Dessa forma, essa população torna-se mais vulnerável às enfermidades e, ao mesmo tempo, tendem a ser potenciais transmissores de doenças infectocontagiosas, devido a grande incidência de comportamentos sexuais de risco, como as relações sexuais não desejadas e/ou desprotegidas, bem como a negligência com a própria saúde (SAYAGO et al., 2013). Além disso, é comum essas pessoas relatarem paranoia, fissura e o aumento de agressividade principalmente ligados ao contexto do tráfico (RIBEIRO et al., 2010; SAYAGO et al., 2013).

Também é preciso ter atenção nas funções neuropsicológicas, pois possíveis comprometimentos dessas funções podem impactar na motivação para uma mudança, bem como dificultar o planejamento e o engajamento de novos projetos de vida. Segundo Sayago et al. (2013), o uso crônico de *crack* pode resultar em alterações no funcionamento neuronal com conseqüente modificação do desempenho das funções cerebrais, tais como o processo do pensamento, sensopercepção, atenção, concentração, memória, coordenação motora, nível intelectual, dentre outros. Esses autores também referem que o julgamento moral, a tomada de decisões e a resolução de problemas ficam prejudicados, pois estas habilidades estão sediadas no córtex pré-frontal, uma das áreas do cérebro mais prejudicada pelo uso desta substância.

Levando em consideração que a mudança de padrões comportamentais compulsivos atrelados aos transtornos por uso de substâncias psicoativas, vai exigir do indivíduo uma consciência dos danos causados, bem como a capacidade de identificar situações de risco no intuito de evitar recaídas, a preservação e/ou restabelecimento das funções cognitivas como atenção, memória e flexibilidade cognitiva são essenciais (RODRIGUES et al., 2017). Nesse sentido, os estudos (HORTA et al., 2015; 2016a) apontam para a importância de ficar abstinente do *crack*, e sugere que essa meta é possível pelo menos por um período (12 meses), porém, é preciso levar em consideração algumas questões que podem interagir com as ações que buscam esse resultado.

Outro fato que pode trazer complexidade as ações de atenção e (re) inserção dos consumidores de *crack* é a premissa que o consumo excessivo dessa droga pode tornar os indivíduos mais vulneráveis às comorbidades, sejam elas doenças clínicas e/ou psiquiátricas (COSTA et al., 2017). Horta et al. 2015; 2016b comentam que a prevalência significativa de transtornos de humor estabelecidas como comorbidades nos quadros associados ao consumo de *crack* é significativa, sendo a ocorrência de episódio depressivo maior bastante frequente nas amostras. Assim, foi evidenciado que pessoas que se mantiveram abstinentes por mais tempo, preencheram em menor número os critérios propostos para depressão

no DSM5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; HORTA et al., 2015; 2016b). Deste modo, no intuito de ajudar na identificação de quadros comórbidos, o papel da desintoxicação ganha relevância como um primeiro passo em busca de uma possível estabilização.

Não menos importante, o consumo concomitante de várias substâncias, caracterizado como poliuso, é outro aspecto que necessita ser abordado que diz respeito às ações de atenção e (re)inserção. Estudos na área (BASTOS et al., 2008; GALDURÓZ et al., 2005; OLIVEIRA & NAPPO, 2008; GIGLIOTTI et al., 2012) apontam ser comum o consumidor de *crack* interagir esse consumo com outras substâncias, fato que pode prejudicar ainda mais os aspectos ligados a possíveis danos cerebrais, bem como trazer mais complexidade no planejamento de intervenções que levem em consideração essas variáveis. Estes achados reforçam a importância de processos de desintoxicação e de uma ampla investigação clínica quando usuários de *crack* ingressam em atendimento, com mapeamento de critérios para diagnóstico tanto dos transtornos por uso de *crack* e outras drogas, quanto de comorbidades (HORTA et al., 2015), sejam elas atribuídas ao consumo das drogas ou não.

Aspectos que vão além dos comprometimentos neurobiológicos também estão bem presentes na população que consome *crack*. Schneider et al. (2016), em seus estudos, apontaram que consumir o *crack* pode trazer como consequência um grande impacto nas relações familiares, sociais e profissionais, o que muitas vezes prejudica as ações de tratamento e (re)inserção social. A própria noção do transtorno por uso de substâncias, na sua visão biopsicossocial, já apresenta consequências tais como: isolamento, rompimentos socioafetivos, diminuição no repertório de atividades que anteriormente configuravam e organizavam as dimensões da vida pessoal. Esses aspectos muitas vezes, resumem a rotina do consumidor de *crack* a momentos de consumir a droga, refazer-se do último consumo e planejar/garantir o próximo (LARANJEIRA, 2012).

Nota-se que entre as preocupações, tanto dos próprios consumidores de *crack*, quanto dos profissionais que lidam com essa demanda, estão voltadas as ações que de alguma forma possam contribuir para uma mudança do estilo de vida. Todavia, levando em consideração o que foi exposto anteriormente, pode-se falar de êxito nessas mudanças sem levar em consideração um tratamento efetivo? Ganev e Lima (2011) apontam que, apesar da resposta a esse questionamento não apresentar consenso, as consequências dos transtornos ligados ao consumo de *crack* são, por si só, os pressupostos para a elaboração dessa resposta.

Rodrigues et al. (2013) apontam que existem diferenças nas características de consumidores de *crack* em relação às pessoas que consomem outras substâncias, porém, percebe-se que as ações de cuidado e tratamento atuais muitas vezes não levam em consideração modelos de intervenções para tais diferenças. Esse

fato pode subsidiar o desenvolvimento de intervenções adaptadas para cada necessidade, podendo auxiliar em processos de manutenção da abstinência e através disso ajudar na (re)inserção social desses indivíduos.

No arcabouço das mudanças no estilo de vida muitas vezes preconizadas pelos próprios indivíduos que consomem *crack*, estão aspectos ligados ao (re) estabelecimento de relações interpessoais e familiares, (re)construção de relações profissionais, mudanças bruscas na interação com os contextos sociais e também um afastamento na relação abusiva com as drogas (MELO & SANTANA, 2018). Nesse sentido, acredita-se que esses indivíduos devem vislumbrar, a partir de outras perspectivas, alternativas de fato emancipatórias no sentido de sua autonomia (PINHO et al., 2008), fato que eleva a complexidade das ações que buscam esses objetivos.

Todavia, os processos de autonomia não estão dissociados do contexto sociofamiliar que circunda os consumidores de *crack*. Assim, torna-se importante refletir sobre a dificuldade que esses indivíduos apresentam na manutenção das relações de amizade, familiares e de trabalho. Sayago et al. (2012) referem que a presença dessas dificuldades pode estar relacionada, pelo menos em parte, as condutas que vão se associando ao consumo da droga (SANCHEZ & NAPPO, 2002; NAPPO et al., 2012; RIBEIRO et al., 2012; HORTA et al., 2015), sendo frequentes os furtos dentro da própria residência, roubos, assaltos, manipulação de pessoas e o envolvimento com o tráfico de drogas.

Outro fato relevante diz respeito ao cenário de discriminação e preconceito, que envolve os usuários de *crack*. Esse fator comumente também pode afetar seus familiares, que podem se sentir sobrecarregados. Com o passar do tempo, parece inevitável uma postura desamparada e de desmotivação por parte dos familiares, tendo em vista a dificuldade de reorganização depois das intensas situações de crises. Deste modo, o convívio com o consumidor de *crack* pode provocar intensas mudanças nos contextos familiares, inclusive com a possibilidade concreta de afetar a saúde desses membros. A família acaba recebendo grande carga de problemas que fazem parte do contexto diário, sendo comum carregarem sentimentos de medo, levando em consideração contextos de violência aos quais são submetidos e também o receio de que novos membros venham a consumir drogas (SIQUEIRA et al., 2015).

Estudos (CAPRARA & BARBARANELLI, 2011) especificam que as diferentes formas da ação humana são influenciadas pelo sistema familiar. Referem que a eficácia desse sistema é um mecanismo central por meio do qual todos os aspectos do desenvolvimento pessoal e de bem-estar durante o período formativo da vida podem ser acometidos. No exercício da eficácia coletiva, as pessoas reúnem seus conhecimentos, habilidades e recursos, proporcionam apoio mútuo, formam alianças e trabalham juntas para conquistar coletivamente o que não conseguem alcançar

individualmente. Assim, a família funciona como um sistema social com relações de interdependência, em vez de simplesmente como um conjunto de membros que operam de forma solitária (BANDURA, 2005). Por isso, torna-se importante levar em consideração a forma como cada contexto familiar se configura, assim como se esse contexto apresenta condições para efetivar o suporte aos seus membros.

Quando se leva em consideração a percepção dos próprios consumidores de *crack* acerca do suporte familiar, pode-se citar alguns estudos (SIQUEIRA et al., 2015; CONZATTI et al., 2016; CARVALHO & SANTANA, 2018) que apontam a família nuclear, ou seja, pai, mãe e irmãos, como pessoas significativas nesse processo. Estudos na área (OLIVEIRA et al., 2008; MELO, 2013; CARVALHO & SANTANA, 2018; MELO & SANTANA, 2018) também apontam que a mãe tem lugar de destaque na percepção com relação ao suporte social, entendendo que mesmo em famílias estruturadas de forma patriarcal, a mãe é na maioria das vezes quem tem a função de transmitir os valores sociais, conseguindo assumir ainda assim, a função de cuidadora dos componentes da família. Deste modo, a mãe é tida como essa figura de referência, tanto de regramentos quanto de afeto, sendo vista como mais próxima aos membros da sua família.

Também não é raro encontrar pessoas que tendem a mudar seus horários ou deixar seus empregos para cuidar do seu familiar com transtornos relacionados ao consumo de drogas (codependência). Esse padrão, se não for repensado e problematizado, pode se perpetuar, tornando-se um motivador automático, na maioria das vezes não consciente, para a manutenção do problema. Desta maneira, essas famílias podem apresentar algumas características específicas que podem manter ou mesmo agravar o transtorno (ARDELT & ECCLES, 2001; HORTA et al., 2015).

A percepção do suporte familiar como mediador dos comportamentos de seus membros, encontra respaldo no conceito de modelação social proposto na Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 1986), no qual a aprendizagem ocorre pela observação, que será utilizada para produzir novas versões do comportamento observado, adaptando-o e inovando-o. Na aprendizagem por observação que ocorre por meio das interações familiares, a eficácia familiar percebida tem um papel fundamental no modo como o indivíduo irá expressar esses novos comportamentos em contextos sociais mais amplos (BANDURA, 2001), assim como, na forma dele influenciar proativamente o seu contexto familiar.

A importância do apoio social mais amplo também é um fator que precisa ser levado em consideração. Segundo Horta et al. (2016b) esse apoio também deve ser construído do indivíduo perante seu meio e pode estar associado a manutenção ou desenvolvimento de habilidades sociais por parte das pessoas que consomem *crack*. Entende-se que, nesse caso, é provável que o apoio possa ser conquistado por meio das relações estabelecidas pelos sujeitos que dispõem

deste recurso e, ao contrário, os consumidores de *crack* que apresentam *déficit* nas suas habilidades sociais, em tese, teriam menos apoio, possivelmente pela sua dificuldade em desenvolver e estabelecer relações que lhes tragam suporte. Deste modo, indivíduos que apresentam um melhor repertório de habilidades sociais tendem a ter um desempenho socialmente mais competente (HORTA et al., 2016b).

Assim, pensar em mecanismos de atenção e (re)inserção para esse público, seria levar em consideração a capacidade que esses indivíduos possam ter de uma leitura adequada do contexto social, com boa compreensão dos desempenhos esperados para o sujeito ao se relacionar com os outros. Essa leitura efetiva do ambiente social e o emprego adequado das habilidades disponíveis, podem possibilitar o estabelecimento de um maior número de apoio social, bem como, uma melhor motivação para efetivar mudanças necessárias em sua vida Horta et al. (2015; 2016b).

## EXCLUSÃO SOCIAL E OS CAMINHOS DE REINERÇÃO

Levando em consideração que o consumo excessivo de drogas, particularmente o de *crack*, pode provocar problemas graves, pelo isolamento social, brigas, rompimento dos vínculos familiares, desemprego, entre outros conflitos, esforços são mantidos na tentativa de recuperar, resgatar e retomar os processos de vida tidos como “funcionais” para esses indivíduos. Assim, a sociedade em geral, bem como os profissionais que lidam com essa demanda, tendem a perceber o consumidor de *crack* como uma pessoa “à margem” da sociedade (BARROSO, 2013), e assim, muitos tratamentos e as ações de cuidado, inserem em suas propostas terapêuticas a (re)inserção social como forma de contribuir para a superação desses problemas.

Schneider et al. (2016) citam que fatores como o apoio social e familiar, bem como aspectos como possuir uma moradia, ter uma melhora da gestão financeira e retomar o emprego, foram apontados como fundamentais no processo de reinserção social de consumidores de substâncias, incluindo o *crack* (DUFFY & BALDWIN, 2013). Deste modo, não dispor desse mínimo aparato que fornece suporte a convivência social ativa, deixa o indivíduo que consome *crack* em situação de extrema vulnerabilidade, trazendo uma noção de pouca participação social e gerando tanto no indivíduo quanto no contexto social uma noção de exclusão.

É válido ressaltar que a exclusão social impacta diretamente sobre qualquer proposição de ações de atenção aos consumidores de drogas, revelando sua complexidade por se tratar de um processo que não se dá de um modo linear e unilateral. Antes, trata-se de um fenômeno determinado reciprocamente (BANDURA, 2001) que ora se origina no predomínio de questões sociais que impactam diretamente na vida do indivíduo, e ora surge como uma construção de um processo que se inicia por ações do próprio indivíduo para com sua coletividade.

A modelação social e simbólica de condutas tão bem refletidas por Bandura (2001), revela o engendramento complexo de elementos interatuantes na relação do indivíduo e seu contexto. Essa perspectiva remete a uma visão sistêmica que melhor atende a abordagem desse fenômeno.

Sabe-se que no Brasil muitos indivíduos não usufruem efetivamente dos direitos políticos e sociais garantidores do pleno exercício de sua cidadania como promulgados na Constituição Federal (SCALON, 2011). O equilíbrio entre direitos e deveres dos cidadãos encontra um fosso maior quando se lança um olhar sobre os indivíduos portadores de comprometimentos decorrentes de transtornos mentais, entre eles os transtornos por uso de substâncias ilícitas como o *crack*.

Questões como essas também são apontadas por Saraceno (2001) que indica a cidadania (equilíbrio entre gozar dos direitos e executar seus deveres) como a base para a (re)inserção de pessoas que, pelo envolvimento com o consumo de drogas, acabaram por se afastar ou mesmo perderam essa condição. O Brasil tem uma longa tradição de colocar nas leis direitos que acabam não sendo implementados, e quando são, se estabelecem de maneira muito limitada. Esse fato pode levar a um contexto complexo, que define lacunas extensas entre o que é ideal e o que de fato se estabelece enquanto possibilidade real.

Sobre esse tema, Paiva et al. (2014) relatam que é fundamental refletir sobre questões como a integração entre as redes de apoio aos indivíduos, uma vez que pensar em reinserir significa: voltar para dentro com o que estava fora. Deste modo, o consumidor de *crack* precisa ser (re)direcionado para uma “nova condição”, e esse fato se daria por via do fortalecimento de sua autonomia como cidadão ativo e participante da vida em sociedade. Porém, esse processo complexo é atravessado por inúmeras dificuldades.

Muitas vezes, as pessoas que estabelecem uma relação abusiva com as drogas, exercem comportamentos que podem ser considerados como autodestrutivos, pois podem passar por processos de alienação, isolamento, e muitas vezes elevam a droga à condição de centro exclusivo de interesse (prazer), colocando em risco inclusive a sua sobrevivência pessoal, e pondo de lado qualquer perspectiva de desenvolvimento das suas potencialidades (GANEV & LIMA, 2011). Deste modo, torna-se válido problematizar alguns pontos entre a relação dos transtornos por uso de substâncias e a exclusão social, que comumente se entrelaçam.

É sempre válido considerar que a exclusão social e sua relação com os transtornos por uso de substâncias são fenômenos abrangentes, multifacetados e complexos. Segundo Ganev e Lima (2011) há pelo menos dois fatores da exclusão a serem pensados. O primeiro fator apontado pelos autores se trata da “autoexclusão”. Ocorre a partir da pessoa que consome drogas para consigo mesmo, que segundo os estudos é um processo inerente à dinâmica dos transtornos por uso de substâncias (TUS). E o outro é a exclusão social propriamente dita,

exemplificada pelos diversos impeditivos que alguns indivíduos possam ter de se relacionar com as condições mínimas de trabalho, educação, moradia, saúde, transporte, lazer, dentre outros.

Outro ponto que deve ser levado em consideração é o fato de que existem um conjunto de fatores objetivos, que são menos sujeitos ao controle individual/pessoal. Ganev e Lima (2011) salientam que não há como ter total controle sobre diversas variáveis macrosociais (tais como oferta de emprego, disponibilidade de recursos públicos e privados, dentre outros), porém, apesar desses processos não dependerem exclusivamente do indivíduo, eles podem, e devem ser igualmente avaliados e planejados.

### PRÁTICAS INTERVENTIVAS

Pensar as práticas interventivas que são alicerçadas pelas leis e serviços que lidam com as pessoas que consomem drogas, é imprescindível para uma melhor avaliação dos contextos passados e atuais que estão nas bases das políticas sobre drogas no Brasil. Um Decreto nº 9.761 expedido em 11 de abril de 2019, revogou o Decreto nº 4.345 de 26 de agosto de 2002, aprovando a mais recente Política Nacional sobre Drogas (PNAD), que trouxe algumas mudanças com relação ao paradigma da política pública sobre drogas. O atual decreto aponta para ações de base que visam a abstinência dos consumidores de drogas (BRASIL, 2019) promovendo mudanças na até então política baseada na redução de danos, vista por muitos como um viés “antiproibicionista”.

A mudança de concepção da nova PNAD foi um dos alicerces para a aprovação da nova lei de drogas (Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019), publicada em 06 de junho de 2019, que preconiza modificações e atualizações com relação a Lei nº 11.343/2006. Torna-se válido comentar que, fugindo do campo teórico, em que as diretrizes da política sobre drogas apontam para a necessidade de diferentes níveis de cuidado, com várias modalidades de atenção para as pessoas que consomem drogas, na prática, a política sobre drogas no Brasil nos últimos anos enveredou por um caminho de investir, quase que exclusivamente, na expansão da rede CAPSad. No entanto, alguns estudos (COSTA et al., 2017; PINHO et al., 2008) apontam que, atualmente, existe um número insuficiente desses serviços.

Schneider et al. (2016, p.43) comentam que “a simples desinstitucionalização dos indivíduos não prediz a aceitação social dos mesmos”, levando a crer que os serviços que lidam com essa demanda, necessitam implementar ações mais complexas e efetivas, visando uma (re)inserção social mais próxima do que cada indivíduo almeja e necessita. Assim, pensar no modelo atual de CAPSad como o único serviço ideal para acolher essa demanda de maior gravidade, torna-se difícil.

Tendo em vista que a rede de atenção aos consumidores de *crack* e outras drogas é vista como insuficiente para atender uma demanda cada vez mais crescente, pode-se refletir sobre a necessidade de implementação de serviços em outras áreas, como programas de cuidado e acolhimento de usuários de drogas na assistência social, bem como um novo foco nas comunidades terapêuticas (GOMES, 2010). Com relação às Comunidades Terapêuticas (CTs), pode-se dizer que, por muito tempo, foram vistas como “retrocesso”, sendo ambientes de exclusão e mantenedor do modelo psiquiátrico clássico de isolamento. Segundo Pitta (2011), um dos principais questionamentos contra esse modelo diz respeito à exigência da abstinência total como condição para o tratamento, sendo entendido por alguns profissionais enquanto uma abordagem “proibicionista”.

O afastamento da sociedade e da família durante o período de acolhimento em CTs, com apenas visitas mensais de alguns membros, são práticas de algumas instituições que são muito questionadas. Além desses fatos, as contundentes críticas ganham força quando se leva em consideração à influência religiosa desses locais, sendo apontado por alguns profissionais como parte de um modelo moralista e sem embasamento científico (SCADUTO et al., 2014; SCHNEIDER et al., 2016). Apesar desses argumentos, opiniões a favor de acolhimentos em CTs também são bem comuns, levando em consideração que alguns consumidores de *crack* e muitos profissionais da área referem que as CTs se configuram como uma das escassas formas da população em questão conseguir aderir ao tratamento e se (re)inserir socialmente (RIBEIRO et al., 2012; SCHNEIDER et al., 2016).

Com as atuais mudanças nas leis e no direcionamento das políticas sobre drogas no Brasil, um intenso debate sobre as estratégias que podem embasar as intervenções aos consumidores de drogas vem ganhando força. Argumentos que separam a abstinência e a redução de danos (RD), colocando essas concepções como antagônicas, vão de encontro ao que de fato preconizam estudiosos na área. Marlatt (1999) aponta que nas estratégias interventivas com os consumidores de drogas, qualquer passo no sentido do menor risco/dano pode ser considerado como positivo, mas ainda considerando a abstinência (cessar o consumo) como um resultado ideal.

Deste modo, a estratégia de RD e a concepção da abstinência são processos que se complementam e por vezes podem fazer parte do mesmo projeto terapêutico, tendo em vista que nenhum projeto é estático. Porém a discussão acerca da RD no Brasil, pode ter ganho conceitos que extrapolam a noção de estratégia, sendo considerada como um “paradigma antiproibicionista” tido por muitos como necessário para embasar toda uma política sobre drogas (MACHADO & BOARINI, 2013; SILVA, 2014). Mas por outro lado, outros profissionais e estudiosos na área consideram esse “paradigma” como uma construção dogmática e apaixonada,



fato que prejudica as ações necessárias para melhorar a vida das pessoas que consomem drogas (SILVA, 2014).

Mesmo entendendo que o modelo a atenção aos consumidores de *crack*, principalmente, quando se leva em consideração a (re)inserção social, é um grande desafio, pois não existe um modelo único que responda a todas singularidades, um dos aspectos relevantes para avançar nessa área seria a preparação de profissionais para o acolhimento e avaliação dessas pessoas, pois, diante da dificuldade de implementar intervenções que gerem resultados positivos, a desmotivação pode afetar os processos de trabalho e desacreditar a equipe de profissionais. Horta et al. 2016a referem que pessoas com padrões elevados de consumo também podem se vincular e aderir a um projeto de mudança de estilo de vida. Deste modo, sugerem que o consumo abusivo de *crack* não deve ser visto como obstáculo para ingresso em tratamento e ações de cuidado, tendo em vista que, caso se tenha uma intervenção adequada a cada caso, os processos de mudança podem aparecer.

Falar de mudanças de comportamento em relação ao consumo abusivo de *crack*, remete também a importância da aquisição e/ou manutenção de relacionamentos interpessoais que forneçam apoio. No entanto, embora isso colabore para processos de abstinência, é preciso ir além, pois não existe um modelo de atenção pré-estabelecido que responda a todas as carências dos consumidores de *crack*. Segundo Horta et al. (2016b) grande parte dos consumidores de *crack* padecem de um déficit nas habilidades sociais e manejo de suas emoções. Tal fato pode resultar em processos de ansiedade ou sintomas depressivos que dificultam a adesão aos tratamentos. Assim, um número significativo de pessoas que buscam por tratamento para o consumo de substâncias desistem prematuramente, ou mesmo recaem logo após o processo de alta.

Com relação a avaliação dessas habilidades sociais, Rodrigues et al. (2013) referem que os consumidores de *crack* apresentaram prejuízos significativos em comportamentos que exigem certo “traquejo social” nas interações interpessoais do cotidiano, assim, pode-se destacar a importância do conhecimento sobre a existência, ou não, desses prejuízos. Nesse sentido seria importante que os locais de atenção aos consumidores de *crack* desenvolvam e, também, incluam intervenções que visem ampliar a competência social nesta população, em relação às habilidades que apresentam baixo desempenho, o que conseqüentemente pode aumentar as possibilidades de motivação para um retorno ou mesmo novas inserções na convivência em sociedade.

Com relação aos processos de motivação para a mudança, pode-se citar os estudos de Ávila et al. (2016) que ao pesquisar sobre o Modelo Transteórico (MTT) de Mudança, buscaram compreender aspectos que interagem com a mudança nos comportamentos dos consumidores de *crack*. Os autores ressaltam que para realizar este entendimento, é necessário identificar o estágio de motivação

em que a pessoa se encontra (pré-contemplação, contemplação, preparação, ação ou manutenção) a fim de serem utilizadas as ferramentas adequadas para a efetividade das intervenções.

Nesse sentido, Horta et al. (2016b) referem que os processos de motivação para mudança interferem diretamente no comportamento dos consumidores de *crack* e também pode afetar os aspectos ligados aos processos de (re)inserção dos mesmos. Esse mesmo estudo apontou para mudanças comportamentais nos consumidores de *crack* após a intervenção com MTT, já que aumentou a capacidade de se sentirem mais confiantes para manterem a abstinência perante situações de risco, sugerindo que trabalhar a motivação desses indivíduos pode ajudar na busca de ações em prol da (re)inserção social.

Deste modo, as ações de atenção e busca da (re)inserção social, levam em consideração não só os contextos externos, mas também as dimensões internas do indivíduo, isso pode ajudar nas mudanças dos seus conjuntos de crenças e habilidades. Tal fato, pode colaborar com o processo de (re)significação do modo de pensar e agir, tornando o indivíduo mais apto a compreender sua própria trajetória, e ao mesmo tempo, protagonizar mudanças e adaptações que considera oportunas e significativas (GANEV & LIMA, 2011; PAIVA et al., 2014).

Outro ponto que pode ser levado em consideração é que, nos processos de (re)inserção social de consumidores de drogas, o suporte social quando trabalhado por equipes multidisciplinares, na sua maioria, são focados quase que exclusivamente nos familiares, com pouca atenção no potencial de aspectos comunitários mais amplos, como a participação em “micro-comunidades” como instituições religiosas (manejo da espiritualidade), associações comunitárias e atividades sociais que se configurem em valor social. Deste modo, vale refletir que, ao mesmo tempo que os consumidores de *crack* e outras drogas apontam para uma dificuldade na percepção de suporte social mais amplo, os serviços que buscam a (re)inserção social desses indivíduos passam por intensos desafios em promover ações que ampliem a percepção de apoio social (PINHO et al. 2008).

Nesse sentido, outra questão relevante pode ser discutida a partir de alguns estudos (RODRIGUES & TORRES, 2009; FELIPE et al., 2015) que apontam para a importância das crenças relacionadas à espiritualidade. Essas crenças, que podem ser canalizadas por alguma religião, são tidas como importantes tanto para os aspectos preventivos, quanto para um suporte no tratamento, cuidado e (re)inserção social das pessoas que consomem drogas. Siqueira et al. (2015) referem que o enfrentamento de problemáticas que envolvem o *crack* pressupõem a incorporação e integração de outros recursos para além do setor da saúde, como os sociais, psicológicos, econômicos, de segurança e também da religião. O suporte religioso pode se constituir em uma estratégia importante na busca de conforto e esperança aos seres humanos, especialmente no enfrentamento de

doenças ou situações traumáticas. Ainda, as práticas religiosas possibilitam prevenir comportamentos autodestrutivos, como os que se manifestam nos transtornos decorrentes do consumo de drogas ao passo que permite a sensação de dividir a responsabilidade do tratamento com Deus, contando com sua ajuda irrestrita, levando assim a uma percepção de amparo, conforto e bem estar (SANCHEZ & NAPPO, 2007; COELHO et al., 2015).

Diante do exposto, é de suma importância compreender qual o sentido que cada indivíduo atribui a suas diferentes dimensões de vida, avaliando as necessidades específicas para que possa entender o valor que atribui a cada uma delas. Segundo Freitas (2005), pode-se definir objetivos de intervenção que contribuam com cada dimensão de vida, fazendo com que tanto o profissional que intervém quanto a própria pessoa possam planejar de uma melhor forma. Essas dimensões se coadunam com os processos de autonomia, porém versam sobre a necessidade de avaliar e trabalhar as dimensões de (re)inserção, num planejamento conjunto com o indivíduo que consome *crack*, levando em consideração a singularidade e peculiaridades vivenciadas por cada um.

Freitas (2005) em seu trabalho aponta para algumas cinco dimensões que podem objetivar as intervenções de (re)inserção dos consumidores de drogas, sendo elas: **(1)** dimensões dos familiares e das relações, que trata dos processos de aprendizagem no sentido de estabelecer relações mais saudáveis baseadas na comunicação. Visa o desenvolvimento e a consolidação das relações familiares e sociais de forma satisfatória e equilibrada, fomentando a capacidade de tomar decisões e aumentando a tolerância às frustrações. Esse ponto é importante, pois no âmbito social, vão existir momentos em que não são tolerados, através de normas e crenças sociais, o indivíduo manter-se sob efeito de alguma substância psicoativa; **(2)** dimensões educacionais, seria o fato de se melhorar o nível de conhecimentos e estudos a fim de ascender suas possibilidades para o mercado de trabalho. Esse desenvolvimento busca promover a capacidade de compreensão da realidade, adquirindo um nível de educação e cultura necessário para compreender e participar enquanto cidadão de plenos direitos (FREITAS, 2005; REIS & RAMOS, 2011).

Segundo Freitas (2005) a terceira dimensão seria relacionada ao **(3)** trabalho e formação, cujo o objetivo seria preparar-se para a integração no mundo do trabalho, que não necessariamente deve ser um trabalho formal, já a **(4)** dimensão de lazer e tempo livre, também deve fazer parte do planejamento e das ações, no intuito de cuidar dos momentos “ociosos”. Gerir o tempo livre da melhor forma é de suma importância para o indivíduo, pois nem sempre conseguirá se manter ocupado. Já a última dimensão diz respeito a **(5)** cidadania, autonomia e participação. Para Freitas, (2005) e Carvalho (2007), a (re)inserção social de consumidores de drogas está intrinsecamente ligada à participação do sujeito enquanto cidadão de plenos

direitos e deveres. Esse fato pode possibilitar que o acesso às condições micro e macrosociais que antes estava ausente, fazendo com que tanto a sociedade como o próprio indivíduo (re)configure esse novo “lugar” social.

Trabalhar modelos de atenção aos consumidores de *crack* que forneçam subsídios para os processos de (re)inserção dos mesmos, necessita buscar amparo nos aspectos ligados a autonomia, que diante dos comuns quadros de vulnerabilidade presentes, deve contar com ajuda dos profissionais da área. Carvalho (2007) ressalta que existem alguns subconceitos ligados à autonomia, que podem facilitar esse planejamento, que apesar de estarem bastante inter-relacionados, podem apoiar as ações interventivas nas cinco dimensões postuladas por Freitas (2005) discutidas anteriormente.

Para Carvalho (2007) trabalhar a autonomia **psico-relacional**, seria buscar a promoção de ferramentas individuais que facilitem a relação com o outro, pois quanto maiores forem as dificuldades individuais, relacionais e sociais, maiores serão as dificuldades sentidas na integração na comunidade e com o mercado de trabalho. Já a autonomia **sociocomunitária**, seria a capacidade que uma pessoa tem em participar de atividades recreativas, culturais e sociais, se implicando numa comunidade. Uma pessoa saudável e autônoma, poderá tomar as decisões necessárias para obter acesso aos diferentes recursos do meio. A autonomia **socioprofissional** trata-se da capacidade de se inserir em atividades produtivas, sobretudo, conservando-as. É uma vertente muito valorizada pelos indivíduos que consomem drogas e almejam reestruturar suas vidas. E por fim, a autonomia do **consumo de drogas** está ligada à capacidade do indivíduo manter-se abstinente que lhe dê condições de atingir os itens de autonomia desejados. Para atingir este objetivo, manter-se em acompanhamento seria uma estratégia essencial.

Diante do que foi discutido, parte-se para a proposição de uma intervenção piloto com vistas a integrar ações de atenção aos consumidores de *crack*, no sentido de ajudar nos processos de (re)inserção social dessa população. Considera-se a integração das contribuições advindas do Modelo Transteórico de mudança (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1992), Teoria Social Cognitiva (BANDURA, 2001), Teoria Cognitivo Comportamental (BECK, 2013), Terapia Comunitária Integrativa (BARRETO, 2005), Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (BRONFENBRENNER & MORRIS, 1998), Modelos Neurobiológicos dos Transtornos por uso de Substâncias (ABEAD, 2004), Teoria Sistêmica (CARTER & MCGOLDRICK, 2001), dentre outros estudos contemporâneos que ajudem nessa formulação.

## MODELO DE ATENÇÃO INTEGRADA PARA CONSUMIDORES DE CRACK (MAICC)

O desenvolvimento do modelo de atenção integrada para consumidores de *crack* (MAICC) é proposto em quatro fases distintas e visa ajudar de forma

holística nos processos de (re)inserção social dessa população. Primeiramente, a partir do que foi estudado e discutido, as quatro fases com períodos distintos visam a construção de um modelo que materialize os aspectos práticos baseados nos preceitos teóricos.

### **FASE ZERO – PREPARAÇÃO (7 A 15 DIAS)**

Esse primeiro contato com o consumidor de *crack* trata-se de uma fase importantíssima, pois um comprometimento nessa preparação pode impactar negativamente em todo prognóstico das fases posteriores. Na fase de preparação constam dois fatores primordiais:

- Avaliação do comprometimento com as diversas substâncias
- Desintoxicação

Uma robusta avaliação inicial pode garantir melhores resultados posteriores. Com duração aproximada de sete (07) a quinze (15) dias, nessa fase será primordial a avaliação do comprometimento do indivíduo com relação ao consumo das drogas de abuso. Sabe-se que o consumo concomitante de várias substâncias pode prejudicar ainda mais os aspectos ligados a possíveis danos cognitivos/cerebrais, assim como elevar os níveis de complexidade no planejamento das intervenções (BASTOS et al., 2008; GALDURÓZ et al., 2005; OLIVEIRA & NAPPO, 2008; GIGLIOTTI et al., 2012). Esse aspecto também ligado a necessidade de se diagnosticar as comorbidades, reforça a importância da desintoxicação. O indivíduo que procura ajuda e, no momento, encontra-se intoxicado, inicia o processo de desintoxicação, com ampla investigação clínica e mapeamento de critérios para diagnóstico tanto dos transtornos por uso de *crack* e outras drogas, quanto de comorbidades (HORTA et al, 2015) sejam elas atribuídas ao consumo das drogas ou não.

### **FASE UM – AVALIAÇÃO (7 A 15 DIAS)**

Essa etapa consiste no processo de avaliação propriamente dito. Sugere-se que o indivíduo, após ter passado pela desintoxicação e mapeamento dos comprometimentos com as drogas e aspectos comórbidos, possa estar mais apto a prestar informações, bem como a equipe multidisciplinar já estarão com o acesso a seus possíveis comprometimentos. Nessa fase de avaliação, que pode durar de sete (07) a quinze (15) dias, a família também é inserida no processo e inicia-se a avaliação integrando ações que fazem parte da vida do consumidor de *crack*. Cinco ações são primordiais:

- Anamnese (individual e familiar)
- Avaliação clínica e psiquiátrica - (Comorbidades)

- Avaliação neurocognitiva
- Avaliação motivacional
- Mapeamento e avaliação do engajamento do indivíduo na rede de apoio sociofamiliar.

Uma intervenção que visa integrar aspectos biopsicossociais necessita do engajamento de uma equipe interdisciplinar, que em conjunto possa articular os fatores que são avaliados. Após o apanhado de “diagnósticos” realizados nos aspectos individuais, familiares e sociais, transversalizar esses achados torna-se o grande desafio.

Tendo em vista que consumo sistemático do *crack* já indica possibilidades de alterações no funcionamento neuronal, com conseqüente modificação do desempenho das funções cerebrais, é importante a avaliação desses aspectos com vistas a reestruturar os fatores ligados ao pensamento, a sensopercepção, atenção, concentração, memória, coordenação motora, e níveis intelectuais que serão necessários para uma compreensão dos problemas. Levando em consideração esses aspectos, cabe a equipe entender que possivelmente a tomada de decisões e a resolução de problemas nesse momento da intervenção ainda podem estar comprometidas, pois estas habilidades estão sediadas no córtex pré-frontal, uma das áreas do cérebro mais prejudicada pelo uso desta substância (NIDA, 2009).

A partir do momento que o consumidor de *crack* vence as etapas de preparação e avaliação, presume-se que ele consiga buscar o fortalecimento de aspectos pessoais que ajudem na consciência dos danos causados no seu momento de vida. Tal fato pode favorecer um aumento na capacidade de identificar situações de risco no intuito de evitar recaídas (RODRIGUES et al., 2017), para isso, as avaliações dos aspectos motivacionais também estão engendradas nessa fase.

O Modelo Transteórico (MTT) de Mudança (PROCHASKA & DICLEMENTE, 1992), quando identificado nessa fase pode ajudar na compreensão de aspectos que impactam nas desejadas mudanças comportamentais dos consumidores de *crack*. Identificar o estágio de motivação em que a pessoa se encontra é de suma importância, pois indivíduos nessa fase necessitam ao menos serem submetidos a intervenções que busquem de forma gentil, mais também persuasiva, a buscarem uma motivação em estágios de preparação, ação ou manutenção, a fim de que as ferramentas utilizadas estejam adequadas Ávila et al. (2016). Nessa fase, os processos de motivação para mudança precisam ser trabalhados de modo a interferir positivamente na mudança comportamental dos consumidores de *crack*, a fim de aumentar a confiança na elaboração de seu projeto, mantendo a abstinência e ao mesmo tempo fazendo com que se sintam capazes de enfrentar as situações de risco Horta et al. (2016b).

Já o mapeamento e avaliação do engajamento do indivíduo na rede de apoio sociofamiliar é de suma importância para compor o projeto terapêutico integrado (PTI), pois avalia-se que a maneira que esses indivíduos interagem com o sistema familiar e social também precisam ser trabalhadas em busca de uma (re)estruturação funcional desses aspectos. Nesse sentido, os consumidores de *crack* podem reunir seus conhecimentos, habilidades e recursos, ao mesmo tempo que recebem apoio mútuo, formam alianças e trabalham juntos para conquistar, com o suporte do coletivo, aquilo que até então não conseguiram realizar. Deste modo a família funciona como um primeiro sistema social com relações de interdependência e juntamente com o apoio social extenso, podem funcionar como mediadores dos comportamentos dos consumidores de *crack* (BANDURA, 2005; CAPRARA & BARBARANELLI, 2011).

A manutenção ou desenvolvimento de habilidades sociais por parte das pessoas que consomem *crack* também estarão intrinsecamente ligadas aos aspectos sociofamiliares. Levar em consideração a importância de fomentar o emprego adequado das habilidades disponíveis, pode possibilitar inclusive o estabelecimento de uma maior rede de apoio, fato que pode interagir com uma melhor motivação para efetivar as mudanças necessárias na vida desses indivíduos Horta et al. (2015; 2016b).

## FASE DOIS – PROJETO TERAPÊUTICO INTEGRADO (7 A 15 DIAS)

Nessa fase da construção do PTI que demanda um tempo de sete (07) a quinze (15) dias, as intervenções serão nos seguintes níveis:

- Construir perfil situacional de capacidades e vulnerabilidades;
- Avaliar a expectativa de funcionalidade social.

O Projeto Terapêutico Integrado (PTI), é construído levando em consideração o conjunto de metas e compromissos capazes de criar condições para um futuro desvinculado do consumo abusivo de drogas. É organizado enquanto uma ferramenta de monitoramento e avaliação com indicadores objetivos para que a equipe interdisciplinar possa acompanhar todo processo de atenção ao usuário, desde a fase zero (preparação) até a conclusão de seu PTI. A construção do PTI visa garantir que a atenção ao consumidor de *crack* irá respeitar a individualidade do sujeito, levando em consideração suas expectativas e interesses e que seja capaz de produzir autonomia e emancipação.

Tendo como objetivo a construção de etapas que sejam balizadas numa mudança estrutural do “estilo de vida”, os aspectos ligados ao (re)estabelecimento de relações interpessoais e familiares, a (re)construção de relações profissionais, mudanças bruscas na interação com os contextos sociais e também o afastamento do consumo das diversas drogas que trazem prejuízos, fazem parte desse planejamento.

Nessa fase será levado em consideração aos preceitos que objetivam as intervenções no contexto de cinco dimensões importantes: **(1)** dimensões dos familiares e das relações; **(2)** dimensões educacionais; **(3)** trabalho e formação; **(4)** dimensão de lazer e tempo livre e os aspectos ligados a **(5)** cidadania, autonomia e participação (FREITAS, 2005; PINHO et al., 2008, MELO & SANTANA, 2018).

Deste modo, a busca de (re)estabelecer crenças que fomentem uma melhor visão de mundo, assim como que ajudem no entendimento mais funcional acerca das capacidades individuais e contextuais, a construção do PTI também leva em consideração os processos de autonomia que se inter-relacionam com as dimensões acima descritas. Nesse sentido, busca-se um planejamento que contemple os processos de autonomia psico-relacional, sociocomunitária, socioprofissional e não obstante a autonomia ligada ao próprio consumo de drogas Carvalho (2007).

### **FASE TRÊS - EXECUÇÃO DO PTI (6, 12 OU 24 MESES)**

A fase de execução do PTI será realizada de forma singular e a depender de cada caso, poderá ser executada em 06, 12 ou em até 24 meses. Essa fase contará com as seguintes etapas:

- Monitoramento da Motivação;
- Manutenção da abstinência;
- Execução do Plano Terapêutico Integrado.

O monitoramento da motivação, bem como a avaliação da manutenção da abstinência são processos de base que vão subsidiar a execução do Plano Terapêutico Integrado. Para a execução do PTI de forma ideal, é necessário identificar o estágio de motivação em que a pessoa se encontra, tendo em vista possíveis adaptações interventivas baseadas nas condições de momento. Para facilitar esse processo, é importante que o consumidor de *crack* tenha se mantido em abstinência para que assim goze das suas plenas faculdades mentais e assim possa participar de maneira ativa e responsável da execução de seu projeto.

A execução do PTI deve se constituir como um importante instrumento de pactuação de metas e compromissos construídos com a participação ativa do consumidor de *crack*, principalmente, porque visa o (re)estabelecimento de suas relações sociais, afetivas, de trabalho, estudo e participação social efetiva. Trata-se da execução de um planejamento de ações que tenha a capacidade de acompanhar as mudanças, positivas ou negativas, ocorridas durante o período em que o consumidor de *crack* executa seu projeto. Essa fase busca a mudança da realidade de vida, procurando focar na continuidade da sua história sob um novo aspecto, aspecto este que o aproxime de um funcionamento autônomo, ajudando a mudar a sua percepção, ampliando os seus fatores de proteção.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo visou fornecer subsídios para uma melhor compreensão de aspectos que interferem na atenção e (re)inserção social dos consumidores de *crack*, sugerindo uma integração de intervenções com evidências, no intuito de ajudar os profissionais da área, os próprios consumidores de drogas e seus familiares.

O estigma que essa população (consumidores de *crack*) é submetida, também fornecem elementos no sentido de que a propagação do consumo dessa droga, possivelmente trata-se da ponta de um iceberg, em que todos os problemas de desigualdade social, bem como o aporte de condições de saúde, educação, moradia, dentre outros, precisam estar sendo diagnosticados e tratados concomitantemente. Nesse sentido, buscar caminhos preventivos ainda continua sendo de suma importância, pois tendo êxito na prevenção, menos pessoas estarão em situações relacionadas aos transtornos por uso de substâncias.

Deste modo, o estudo em questão, apesar de levantar possibilidades complementares as intervenções já pré-existentes, precisam ser analisados com cuidado, pois os parâmetros aqui mostrados ainda são poucos, frente ao conjunto de aspectos que podem ser discutidos por esse ponto de vista. Reitera-se que o fato do presente capítulo indicar possíveis caminhos de atenção a essa população, não esgota, por nenhuma hipótese, a necessidade de novos estudos na área. Espera-se, em estudos posteriores, poder avaliar as proposições aqui descritas no intuito de efetivar o necessário cruzamento entre os aspectos teóricos e práticos.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. (ABEAD). Documento interno. Porto Alegre, 2019.

ABREU, C. C.; MALVASI, P. A. Aspectos transculturais, sociais e ritualísticos da dependência química. (pp. 67-80). In: A. Diehl, D. C. Cordeiro, R. Laranjeira & cols. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed. P. 67-80, 2011.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2014.

ANDRÉAS, H. Projet d'un Cadre Genevois de Références Conceptuelles et Opérationnelles du Travail de Partenariat en Matière D'Addiction, Genève, p. 27-37, 2003.

ÁVILA, A. C.; YATES, M. B.; SILVA, D. C.; RODRIGUES, V. S.; OLIVEIRA, M. S. Avaliação da autoeficácia e tentação em dependentes de cocaína/*crack* após tratamento com o modelo transteórico de mudança (MTT). Aletheia 49, p. 74-88, jan./abr, 2016.

AZZI, R. G. Mídias, transformações sociais e contribuições da teoria social cognitiva. *Psico*, 41, 2, p. 252-258, 2010.

BANDURA, A. *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986.

\_\_\_\_\_. Social cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, p. 1-26, 2001.

\_\_\_\_\_; CAPRARA, G., V.; BARBARANELLI, C.; GERBINO, M.; PASTORELLI, C. Role of affective self-regulatory Efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, p. 769-782, 2003.

BARRETO, A. *Terapia comunitária passo a passo*. Fortaleza: Gráfica LCR, 2005.

BARROSO, P. F. *A Desintoxicar e Reinsereir: Perspectivas no tratamento dos usuários de drogas*. Dissertação de mestrado, Universidade do Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013.

BASTOS, F.; BERTONI, N.; HACKER, M. Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Consumo de álcool e drogas: Principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), p. 109-117, 2008.

BASTO, F. I.; BERTONI, N. Pesquisa nacional sobre o uso de **crack**: quem são os usuários de **crack**/ou similares do Brasil. Quantos são nas capitais Brasileiras. Rio de Janeiro: ICICT, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). **Crack**: um problema de saúde pública. Nota Técnica, maio, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas, 2009. Disponível em: [http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=16978](http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16978). Acesso em: 29 mai. 2019.

\_\_\_\_\_. Casa Civil- Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Brasília. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm). Acesso em: 15 abr. 2019.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. A. The ecology of developmental processes. In: W. Damon (Series Ed.) & R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development*. New York: John Wiley & Sons, p. 993-1027, 1998.

CAPRARA, G.; BARBARANELLI, C. Impact of Family Efficacy Beliefs on Quality of Family Functioning and Satisfaction with Family Life. *Applied psychology: an international review*, 60(3), p. 421-448, 2011. DOI: 10.1111/j.1464-0597.2010.00442.x.

CARVALHO, S. Manual de boas práticas em Reinscrição, 1º Caderno, Enquadramento teórico. Instituto da Droga e da Toxicodependência. Porto, 2007.

CARVALHO, M. M. C.; SANTANA, S. M. Uso de *crack* e suporte familiar: implicações na assistência. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 13(1), São João del Rei, janeiro-abril, p. 1455, 2018.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

COELHO, L. R.; SÁ, L.G.; OLIVEIRA, M. S. Estratégias e Habilidades de Enfrentamento de Usuários de *Crack* em Tratamento. *Revista de Psicologia da IMED*, 7(2), p. 99-109, 2015, ISSN: 2175-5027.

CONZATTI, F.; RODRIGUES, V.S.; SILVA, D.C.; ÁVILA, A.C.; OLIVEIRA, M.S. Percepções de usuários de cocaína/*crack* sobre sua rede de apoio. *Aletheia* 49, p. 48-59, jan./abr., 2016.

COSTA, P. H. A.; ROZANI, T. M.; COLUGNATI, F.A.B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e sociedade*. São Paulo, v. 26, nº 3, p. 738-750, 2017.

DUFFY, P.; BALDWIN, H. Recovery post treatment: plans, barriers and motivators. *Substance Abuse Treatments, Prevention, and Policy*, 8(6), p. 1-12, 2013.

FELIPE, A.; CARVALHO, A.; ANDRADE, C. Espiritualidade e religião como protetores ao uso de drogas em adolescentes. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool E Drogas (Edição Em Português)*, 11(1), p. 49-58, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i1p49-58>.

FERREIRA, M.S.G.; BAKOS, D.S.; HABIGZANG, L.F. A influência das crenças de autoeficácia na manutenção do emagrecimento, *Aletheia* 46, p. 202-210, 2015.

FONTES, A.; FIGLIE, N.B. Redução de danos – uma alternativa para lidar com o consumo de substâncias psicoativas. In: Figlie, N. B., Bordin, S., Laranjeira, R., p. 421-444, 2004.

AUTOR. Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo. Roca, ano.

FREITAS, I. Comentários sobre os documentos relativos à Reinscrição Social de toxicodependentes e Indicadores de Reinscrição Social, (documento interno), 2005.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.; CARLINI, E. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, p. 888-895, 2005.

GANEV, E.; LIMA, W. L. Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação. *Revista Serviço Social & Saúde*. UNICAMP, Campinas, v. X, nº 11, Jul., 2011.

GIGLIOTTI, A.; PRESMAN, S.; AGUILERA, P.A.T. Tabagismo entre usuários de *crack*. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira. *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, p. 607-618, 2012.

GOMES, R.M. Comunidade terapêutica e (re)educação. *Segurança Urbana e Juventude*, Araraquara, v. 3, nº 2, 2010.

GOMES-MEDEIROS, D.; FARIA, P. H.; CAMPOS, W. de S.; TÓFOLI, L.F. (2019). Política de drogas e Saúde Coletiva: diálogos necessários. *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 35, nº 7, Rio de Janeiro, 2019. DOI: doi.org/10.1590/0102-311x00242618.

HORTA, R.L; TEIXEIRA, V.A.; FONTOURA, L.P.V.; POLETTO, S.; OLIVEIRA, G. A.; PINTO, R.O.; BALBINOT, A.D.; VIEIRA, L.S. Condições Associadas à Cessaçã do Uso de *Crack*. *Trends in Psychology, Temas em Psicologia*, Vol. 23, nº 4, p. 887-899, 2015. DOI: 10.9788/TP2015.4-07.

HORTA, R.L; BALBINOT, A.D.; TEIXEIRA, V.A.; PINTO, R.O.; OLIVEIRA, G.; POLETTO, S. Padrão de uso e possibilidade de cessação do consumo do *crack*: estudo transversal. *Estudos de Psicologia*. Campinas, 33(2), p. 325-334, abril – junho, 2016a.

\_\_\_\_\_; SCHAFFER, J.L.; COELHO, L.R.; RODRIGUES, V.S.; OLIVEIRA, M.S.; TEIXEIRA, V.A. Condições associadas a prejuízo de desempenho em habilidades sociais em uma amostra de conveniência de usuários de *crack*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 32(4):e00010715, abr., 2016b.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS SUBSTÂNCIAS. (INPAD). II Levantamento Nacional de Álcool e Substâncias: Cocaína e *Crack*, 2012. Disponível em: <http://inpad.org.br/lenad/cocaina-e-crack>. Acesso em: 21 out. 2014. acesso em: 26/03/2014.

LARANJEIRA, R. Bases do tratamento da dependência de *crack*. In: Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, p. 23-30, 2012.

LUSSI, I.A.O.; PEREIRA, M.A.O.; PEREIRA, Junior. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev. Latino-am Enfermagem. maio-junho; 14(3), p. 448-56, 2006.

MACHADO, K. *Crack*: um problema de saúde pública. Revista Radis, 92, p. 19-21, 2010. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/92/04.html>. Acesso em: 24 nov. 2010.

MACHADO, L.V.; BOARINI, M.L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicologia: Ciência e profissão. 33(3), p. 580-595, 2013.

MARLATT, G.A.; WITKIEWITZ, K. Problemas com álcool e drogas. In: G. Marlatt e D. M Donovan (Orgs.). Prevenção da recaída: Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos, 2 ed., Porto Alegre: Artmed, p. 15-50, 2009.

\_\_\_\_\_. Redução de danos: Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre. Artmed, 2009.

MELO, P.T.M.A. O consumidor de *crack*: a influência das crenças familiares no tratamento. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco. LAFAM. Recife, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília, 2007.

NAPPO, S.A.; SANCHEZ, Z.V.D.M.; RIBEIRO, L.A. Troca de sexo por *crack*. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira. O tratamento do usuário de *crack*. Porto Alegre: Artmed, p. 566-576, 2012.

OLIVEIRA, L.; NAPPO, S. *Crack* na cidade de São Paulo: Acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. Revista de Psiquiatria Clínica, 35(6), p. 212-218, 2008.

OLIVEIRA, E.B.; BITTENCOURT, L.P.; CARMO, A. C. A importância da família na prevenção do uso de substâncias entre crianças e adolescentes: papel materno. SMAD - Revista eletrônica saúde mental álcool e substâncias, 4(2), 2008.

PAIVA, F.S.; FERREIRA, M.L.; MARTINS, M.Z.F.; BARROS, S.L.C.F.; RONZANI, T. M. A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. Psicologia & Sociedade, 26(3), p. 696-706, 2014.

PINHO, P.H.; OLIVEIRA, A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. Psiq. Clín* 35, supl. 1; p. 82-88, 2008.

PITTA, A. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. An assessment of Brazilian Psychiatric Reform: Institutions, Actors and Policies. *Ciênc. saúde coletiva*, 16(12), p. 4579-4589, 2011.

REIS, M. C. RAMOS, L. Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. *Revista Brasileira de Economia*, 65(2), p. 177-205, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71402011000200004>. Acesso em: 22 fev. 2019.

RIBEIRO, L.; SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), p. 210-218, 2010.

\_\_\_\_\_ ; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos Socioculturais do consumo de *crack*. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira. *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, p. 50-56, 2012a.

\_\_\_\_\_ ; DUALIBI, L. B.; PERRENOUD, L. O.; SOLA, V. Perfil do usuário e história natural do consumo. In: M. Ribeiro & R. Laranjeira. *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, p. 39-49, 2012b.

RODRIGUES, A. A.; TORRES, M. A. A religiosidade/espiritualidade como influência positiva na abstinência, redução e/ou abandono do uso de drogas. *Revista Formadores*, 2(3), p. 447, 2009. Disponível em: <http://seer-adventista.com.br/ojs/index.php/formadores/article/view/67/65>. Acesso em: 06 dez. 2018.

RODRIGUES, V. S.; RIBEIRO, L.; RODRIGUES, L. A.; IRIGARAY, T. Q.; RIBEIRO, F. A.; OLIVEIRA, M. S. Correlations between Cognitive Performance and Readiness to Change in Cocaine/*Crack* Users. *Universitas Psychologica*, Colombia, V. 16 , nº 2, Abril-Junio, 2017, ISSN: 1657-9267.

\_\_\_\_\_ ; HORTA, R. L.; SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; SOUZA, M. C.; OLIVEIRA, M. S. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao *crack*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), p. 208-216, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852013000300005>.

SANCHEZ, Z. V. M.; NAPPO, S., A. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. *ver. Saúde Pública*. 36(4), p. 420-30, 2002.

\_\_\_\_\_. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(suplemento 1), p. 73-81, 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700010.

SANTANA, S. M. Consumidor de Álcool, Tendência Depressiva e Habilidade Social em Jovens Portugueses. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal, 2009.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá Editora/Instituto Franco Basaglia, 2001.

SAYAGO, C. B.; SANTOS, P. L.; HORTA, R. L.; OLIVEIRA, M. S. Perfil clínico e cognitivo de usuários de *crack* internados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), p. 21-28, 2012.

\_\_\_\_\_; RIBEIRO, F.; YATES, M. B.; OLIVEIRA, M. S. Fatores protetivos e de risco para o uso de *crack* e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura. *Aletheia* 42, p. 164-174, set./dez., 2013.

SCALON, C. Desigualdade, pobreza e políticas públicas: notas para um debate. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*. São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, nº 1, p. 49-68, 2011.

SCHNEIDER, J. A.; LIMBERGER, J.; NOVELLO, B. M.; ANDRETTA, I. O papel da reabilitação psicossocial no tratamento de usuários de *crack*. *Aletheia* 49, p. 35-47, jan./abr., 2016.

\_\_\_\_\_; Andretta, I. (2017). Prejuízos nas habilidades sociais em usuários de *crack*: Diferenças entre usuários e não usuários. *Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, vol. 25, núm. 4, p. 463-476, 2017. Universidad Veracruzana, Veracruz, México. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274553648003>. Acesso: 15 abr. 2019.

SIQUEIRA, D. F.; BACKES, D. F.; MORESCHI, C.; TERRA, M. G.; SOCCOL, K. L. S.; SOUTO, V. T. Reinserção social do indivíduo dependente de *crack*:

ações desenvolvidas pela família. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 24(2), p. 548-553, 2015.

SILVA, G. L. *Crack*: Redução de que danos para crianças e adolescentes? Tribunal de Justiça do Mato Grosso, 2010. Disponível em: [https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Crack\\_-\\_Reducao\\_de\\_que\\_danos\\_para\\_crianças\\_e\\_adolescentes.pdf](https://www.tjmt.jus.br/INTRANET.ARQ/CMS/GrupoPaginas/105/988/Crack_-_Reducao_de_que_danos_para_crianças_e_adolescentes.pdf). Acesso em: 29 mai. 2019.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2010. United Nations Publication Sales, nº. E. 10.XI.13, 2010.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. World drug report. New York, NY: United Nations, 2013.

XAVIER, R. T.; LIMBERGER, J.; MONTEIRO, J. K.; ANDRETTA, I. Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. Pesquisas e Práticas Psicossociais 13(1), São João del Rei, janeiro-abril, e1339, 2018.

ZANATTA, B. A.; GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R. D. O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. Revista Baiana de Saúde Pública, 36(1), p. 225-237, 2012.



# A TEORIA DA ESPERANÇA: NOVOS MODOS DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NA SAÚDE MENTAL EM IDOSOS

*José Antônio Spencer Hartmann Júnior  
Antônio Gabriel Araújo Pimentel de Medeiros  
Giliane Cordeiro Gomes*

## RESUMO

É esperado que o leitor compreenda ao final do capítulo:

- A Teoria da Esperança na Psicologia Positiva e seus desdobramentos;
- A esperança enquanto processo e sua dinâmica;
- A importância da esperança para o envelhecimento;
- Prevenção e potencialização em Psicologia Positiva;
- As possibilidades interventivas da Teoria da Esperança em idosos no âmbito Cognitivo-comportamental;
- Possibilidades de novas intervenções no campo da Teoria da Esperança para a terceira idade.

## INTRODUÇÃO

A esperança é um construto psicológico que passou a compor as discussões travadas no âmbito da Psicologia Positiva, que tem Martin Seligman como um dos seus principais teóricos. O objetivo da Psicologia Positiva consiste na criação de uma psicologia do funcionamento humano positivo que integra uma compreensão científica e intervenções eficazes para construir indivíduos, famílias e comunidades bem-sucedidas. Enfatizando-se, para isto, construtos capazes de atuar contra a doença mental, de que são exemplos: a coragem, o otimismo, a fé, a esperança, a honestidade, a perseverança e a capacidade para *insights* (SELIGMAN, 2002).

A Psicologia Positiva em consonância com a Teoria da Esperança de C. R. Snyder (1994) enfatizam a importância de uma mudança de foco por parte da atuação da psicologia. Defende-se que, sem deixar de lado o estudo da patologia e do seu tratamento, a psicologia deve abrir espaço para o estudo das competências e aptidões positivas do ser humano, redirecionando o enfoque para a promoção da qualidade de vida e contribuindo assim para a ampliação do modelo biopsicossocial no campo de pesquisa psicológica.

Segundo Marques, Pais-Ribeiro e Lopes (2009) a Teoria da Esperança tem fundamental importância na compreensão do comportamento humano. Trata-se de um conceito multidimensional e dinâmico, cientificamente desenvolvido na psicologia e na psiquiatria com data de fins de 1950, porém apenas nos últimos anos, especialmente com o movimento da Psicologia Positiva, que os investigadores começaram a desenvolver instrumentos para mensuração e aplicação para esse construto.

Os pesquisadores que trabalham com a Teoria da Esperança buscam investigar a esperança relacionada com diferentes temas, dentre eles, como no bem-estar humano (FOOTE et al., 1990), e na depressão (FELDMAN & SNYDER, 2005). Recentemente, foi possível encontrar trabalhos que abordam a esperança como um forte recurso psicológico para as pessoas lidarem com questões negativas como, por exemplo, estudos com pacientes portadores de câncer (KAVRADIM et al., 2013), associada à recuperação de pessoas com doença mental grave (VAN GESTEL-TIMMERMANS et al., 2010) ou, até mesmo, com obesidade (NOTHWEHR et al., 2013).

Quando discutimos envelhecimento, também podemos abordá-lo em seus aspectos positivos. Ter esperança pode ser de grande valia para a população idosa, que lida com perdas biológicas e sociais, podendo assim ser um fator de promoção e preservação de saúde mental.

Neri (2006) reforça essa ideia apontando a mudança de perspectiva que o envelhecimento vem sofrendo com o passar do tempo, passando de uma fase marcada por suas perdas para uma na qual ganhos são possíveis, e esse processo não é mais visto de forma homogênea. Neri e Yassuda (2004) afirmam que o acompanhamento especializado pode auxiliar no processo de envelhecimento saudável.

De acordo com Seligman (2002), é preciso considerar a importância de ensinar a resiliência para tornar o ser humano mais resistente à depressão e capaz de levar uma vida mais feliz e produtiva. Desse modo compreende-se a pertinência das discussões travadas no seio da psicologia de atentarem para esse e outros construtos como fatores protetivos e preventivos da saúde mental.

Estudos como o de Fredrickson e Losada (2005) reafirmaram que os estados mentais positivos possuem, proporcionando um conjunto múltiplo e inter-relacionado de benefícios. Os autores supracitados argumentam que boas emoções alteram

aspectos cognitivos das pessoas, fazendo com que a indução de sentimentos positivos amplie o campo de atenção e desenvolva a intuição e a criatividade. No entanto, é preciso compreender que a Teoria da Esperança é conceituada essencialmente como um processo cognitivo e não tanto emocional: as emoções são influenciadas pelos resultados do processo de persecução dos objetivos. Ou seja, as emoções negativas tenderão a derivar de percepções relativas ao insucesso ou barreiras ao alcance dos objetivos, enquanto que emoções positivas tendem a ocorrer devido o alcance dos objetivos. Investigações nestas áreas começaram a sugerir uma relação entre emoções, pensamentos e sentimentos negativos com menores níveis de saúde e níveis menores de recuperação médica (SNYDER, 2000).

Para Snyder (2000), as consequências de atingir ou não os objetivos produzem reações emocionais. Isto é, na Teoria da Esperança, as emoções resultam das cognições relacionadas à esperança, as quais seguem um fluxo da percepção de alguém que atingiu ou não o objetivo desejado. O autor afirma que existe suporte para a premissa que a busca de objetivos cognitivos leva a emoções. A esperança pode ser compreendida, então, como um processo que atua nos âmbitos cognitivo, emocional e comportamental, no nível do planejamento, reação emocional e no comportamento produto da relação dos dois primeiros, havendo possibilidade de ser estimulada como uma habilidade.

A esperança atua como um fator de proteção a eventos estressantes pelo qual indivíduos que apresentam esperança elevada demonstram um melhor ajustamento psicológico, baixos sintomas depressivos e maior habilidade para resolver problemas. Ademais, demonstram maior nível de perseverança para alcançar suas metas e experimentar emoções positivas, enquanto aqueles que exibem nível baixo de esperança tendem a ver as situações de forma negativa, o que pode levá-los a vivenciar tristeza e depressão (KWON, 2002). A esperança também parece ter um papel importante no ajustamento a doenças ou lesões, abatendo a severidade dos sintomas, isto é, considera-se que indivíduos com níveis altos de esperança são capazes de atingir maiores níveis de tolerância à dor (SNYDER et al., 2006).

## ESPERANÇA E ENVELHECIMENTO

É importante ressaltar que esta abordagem implica diretamente na forma de compreender o envelhecimento e na valorização de modos de vida que destaquem as capacidades preservadas, e ainda passíveis de serem desenvolvidas por cada um na Terceira Idade. Trata-se de destacar e valorizar o que faz bem e trabalhar capacidades que necessitam ser estimuladas para potencializar o bem-estar (RITTER, 2011). Segundo Snyder e Lopez (2009), essa abordagem veio para oferecer um equilíbrio em relação às teorias psicológicas predominantes na época, sugerindo que a Psicologia deve considerar não só os déficits apresentados pelas pessoas, mas principalmente suas qualidades.

Desde o pontapé inicial com o modelo life-span, proposto por Baltes (NERI, 2006) e a descoberta da neuroplasticidade, programas como a estimulação cognitiva (MALLOY-DINIZ et al., 2013), Habilidades Sociais (CARNEIRO & FALCONE, 2013; MACHADO et al., 2013) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (FREITAS et al., 2016) vêm sendo pensados e desenvolvidos com essa lógica do idoso capaz de desenvolver suas potencialidades.

De acordo com Moraitou et al. (2006), em seu estudo sobre a relação entre a esperança e a adaptação ao envelhecimento, evidencia-se que a esperança se encontra relacionada com a tendência da pessoa perceber-se de modo positivo quando comparados com os outros. Na pesquisa de Orlandi (2012) com pacientes idosos, foi possível verificar que manter a esperança diante do processo de envelhecimento é um recurso para aquisição de resiliência.

Com isso, evidencia-se o efeito benéfico que a esperança apresenta para a saúde das pessoas, já que auxilia na capacitação do indivíduo para suportar as situações de crise e na determinação de objetivos futuros. Quando o idoso também se reconhece de forma positiva e engajada em seu meio social, tende-se a ter níveis mais elevados de esperança. Desse modo, entende-se que o processo de envelhecimento também é influenciado pelo modo como a pessoa se percebe quando comparada aos outros e pelas condições de adaptação nas mais variadas situações.

A Psicologia Positiva tem vindo a constatar que construtos como: esperança, resiliência, otimismo e gratidão estão fortemente correlacionados com a satisfação ao longo da vida e apresentam-se como características desenvolvidas no cotidiano (PETERSON, 2009). Desse modo, compreende-se que há uma busca da Psicologia pelas qualidades que atribuem valor ao pensamento positivo e as relações interpessoais que atuam como promotoras de bem-estar (DUNN, 2008).

Observa-se que este movimento teórico faz a saúde mental ser compreendida e enfatizada como o desenvolvimento de habilidades voltadas para a adaptação do sujeito às suas condições psicológicas, físicas e educacionais, facilitando com isso a criação de meios de compensação às limitações, indicando quais e como os fatores de proteção, como é o caso do construto da esperança, predizem adesão ao tratamento e melhor evolução clínica das doenças. Esses estudos têm fomentado novas intervenções terapêuticas, de atenção primária e secundária, que visam não apenas a melhora das doenças, mas a promoção da saúde e do bem-estar (SHELDON & KING, 2001).

Segundo a Psicologia Positiva, o sentimento de esperança influencia a saúde mental determinando a forma de abordagem dos acontecimentos de modo positivo. Afirma que construtos como otimismo e esperança não são fantasiosos ou incoerentes em relação ao futuro, mas sim adaptativos e funcionais e promovem ação e compromisso. Macinnis e Chun (2007) discorrem que o otimismo se centra

na confiança da probabilidade de um resultado congruente com o objetivo, porém, não necessita incorporar uma avaliação realista. Portanto, o otimismo relaciona-se a esperança contribuindo para que a pessoa permaneça orientada para determinados objetivos. São características que promovem o sucesso durante a adversidade e pressupõem menos estresse subjacente (SCHUELLER, 2009).

A literatura psicológica também destaca a centralidade da esperança na determinação do nível de resiliência apresentado diante das dificuldades enfrentadas. Segundo Morais e Mascarenhas (2010, p. 21), compreende-se por resiliência “[...] a capacidade do ser humano em se recuperar de um acontecimento, ou seja, saber lidar com as dificuldades e se possível tirar aspectos positivos dessa dificuldade, contribuindo um crescimento pessoal e profissional”. O pensamento esperançoso pode ter uma função protetora de forma semelhante ao conceito de resiliência, que permite à pessoa funcionar efetivamente apesar dos obstáculos e desafios da sua vida (Barnum et al., 1998).

A Teoria da Esperança afirma que a definição de tal construto busca enfatizar cognições que são construídas com base no pensamento voltado a objetivos. Snyder et al. (1991) explicam que na definição clássica compreende-se a esperança como uma percepção generalizada de que os objetivos podem ser alcançados, ou um conjunto cognitivo de valência positiva. Ou seja, o pensamento esperançoso voltado a objetivos, no qual a pessoa tem a capacidade de encontrar caminhos para chegar a metas desejadas (pensamento de rumo) e as motivações necessárias para usar esses caminhos (pensamento e ação).

Os objetivos podem variar quanto à sua temporalidade, podendo constituir-se como objetivos passíveis de serem alcançados em curto prazo ou longo prazo (LOPEZ & SNYDER, 2003). Outra definição de Lopez e Snyder (2003) trata de que uma das características mais importantes dos objetivos é o valor que a pessoa lhes atribui, sendo que quanto mais importante for, maior a motivação para gerar formas de alcançá-los e para sustentar as tentativas de atingi-los, mesmo que na presença de obstáculos.

Outra importante característica para a compreensão dos objetivos trata-se do nível de especificidade. Os objetivos com maior grau de especificidade tendem a ter maior impacto no grau de esperança. Ou seja, quanto mais definido for o objetivo, mais provavelmente será atingido. Assim, pessoas com elevada esperança tendem a possuir objetivos mais claros (SNYDER et al., 2006).

A capacidade de planejamento implícita em objetivos mais claros requer do sujeito uma cognição preservada. Além de programas específicos já mencionados para promover capacidades como resolução de problemas, raciocínio lógico, memória, atenção ou assertividade, autoconfiança e autoestima, é necessário atentar às redes de apoio social do idoso. O apoio social pode ser compreendido como um processo complexo no qual ocorrem ligações afetivas, as quais proporcionam

relações de troca pré-estabelecidas que satisfaçam as necessidades de um ou ambos os lados (MC DOWEL, 2006). No caso do idoso, essas redes irão dar o suporte necessário para que tais objetivos sejam traçados e postos em prática. O isolamento interfere em qualquer possibilidade de desenvolvimento, e no idoso isso é potencializado. Idosos institucionalizados são mais atingidos por terem suas redes de apoio quase sempre resumidas à instituição em que residem.

Os objetivos podem ser ainda caracterizados em função de aproximações, que são situações positivas no qual se pretende atingir, ou de evitação, que são circunstâncias negativas que a pessoa busca evitar. Encontram-se, segundo Snyder (2000), níveis mais elevados de esperança associados à objetivos de aproximação e níveis baixos de esperança a objetivos de evitamento. Ou seja, uma elevada esperança está mais associada à aproximação diante de objetivos positivos do que a uma tentativa de distanciamento em face de resultados negativos.

Snyder (2000) definiu quatro categorias de objetivos esperançosos: objetivos de aproximação (que envolvem o movimento do indivíduo em direção ao objetivo); de prevenção de consequências negativas (evitando-as ou adiando-as); objetivos de manutenção; e objetivos de otimização (tentativa de aumentar os resultados positivos que já se tem).

No desenvolvimento do construto e de seu método de avaliação/mensuração, Snyder et al., (1991) definem “esperança” em termos de um bloco cognitivo baseado na sensação de determinação triunfante para a ação, em conjunto com a planificação de maneiras de alcançar os objetivos. Com isso, identificam dois fatores que se juntam para formar a esperança. A sensação de determinação triunfante, seja de objetivos alcançados no passado ou presente, além da possibilidade de triunfo futuro, é chamada “Iniciativa” (RIBEIRO et al., 2006).

Em outras palavras é a capacidade percebida de encontrar rotas que levem a objetivos desejados e pensamento baseado em agência, ou seja, as motivações necessárias para usar essas rotas. O agenciamento é a componente da esperança que reflete a motivação ou esforço cognitivo que a pessoa investe na execução dos caminhos selecionados e inclui não só a crença de que estes atingirão resultados positivos, mas também a crença da pessoa na sua capacidade para implementá-los. Envolve, assim, a energia para iniciar e manter a persecução do objetivo ao longo do caminho definido, permitindo que o indivíduo se movimente em direção a este, mesmo perante obstáculos (SNYDER, 2000; MARUJO, 2010).

Um dos aspectos que poderá explicar a importância do componente agenciamento para a esperança está no fato deste se refletir em autoverbalizações positivas, por exemplo: “Eu consigo fazer isto”, “Não vou desistir”, “Vai dá tudo certo”, as quais tendem a ser preferidas pelos indivíduos com elevada esperança, quando comparadas com autoverbalizações de conteúdo negativo. Assim, indivíduos com

níveis mais elevados de esperança tendem a incentivar-se a si próprios a tomar o próximo passo (MARUJO, 2010).

O segundo componente Snyder nomeia de “Caminhos” (*Pathways*), que é a sensação de que a pessoa é capaz de gerar planos bem sucedidos para alcançar os objetivos, e isto consiste na crença de que a pessoa pode criar vias mentais para os objetivos desejados. Nessa perspectiva nota-se que conquistar e preservar um sentimento de esperança é de extrema importância para a realização dos objetivos e metas na vida de qualquer ser humano, pois, pessoas esperançosas têm mais possibilidades de enfrentar e superar as dificuldades encontradas no dia-a-dia comparadas com pessoas pessimista (SNYDER, 2000).

A partir desse componente observa-se que alguns caminhos geralmente são mais eficazes que outros. Desse modo uma pessoa possui, normalmente, um caminho principal para atingir o seu objetivo, sendo provável que este seja experimentado primeiro. Se um dado caminho não for eficaz no alcançar do objetivo, outro tenderá a ser experimentado. Além disso, o componente Caminhos auxilia na perseverança do caminho tomado. Os indivíduos com elevada esperança tendem a crer na sua capacidade para gerar vários caminhos para atingir o objetivo (SNYDER, 2000; MARUJO, 2010).

Contando com as perdas, que por vezes são inevitáveis, enxergar caminhos mais eficazes que outros ou alternativos a aqueles tomados a priori são de suma importância para evitar o desgaste do idoso, que nem sempre está cognitivamente preparado para isso. Nesses casos a capacidade de reserva cognitiva do idoso pode ser de grande valia para formação de novas aprendizagens e capacidade de tomar novas rotas. A reserva cognitiva pode ser definida como a capacidade do cérebro de sustentar um dano, seja por lesão ou patologia (STERN, 2002).

Segundo Snyder (1994), a esperança não recebe contribuições hereditárias, e sim é uma configuração totalmente aprendida em relação ao pensamento direcionado a objetivos. Além disso, o autor também compreende que a esperança não é um processo que se tem ou não, mas que existe em vários níveis de para diferentes áreas da vida. Podendo apresentar-se como uma disposição estável da personalidade ou como um estado temporário da mente. Com isso abre-se a possibilidade de estimular a capacidade de ser esperançoso independente de idade.

Desse modo, ao conceituar a esperança como uma virtude humana necessária para alcançar objetivos e metas presentes na vida do ser humano, Snyder (1994) define que a mesma é um construto totalmente aprendido dentro do contexto social, familiar e escolar. Segundo a pesquisa de Morais e Mascarenhas (2010) sobre os efeitos da Teoria da Esperança sobre o rendimento acadêmico de estudantes, as autoras apontam que o contexto educacional em que o aluno está inserido pode influenciar de forma significativa no sentimento esperançoso destes, como também em seu desempenho estudantil, contribuindo de forma significativa para

superação das dificuldades e obstáculos presentes no dia-a-dia dos estudantes. Isso pode reforçar nossa hipótese da necessidade do meio, representado pelas redes de apoio social, para a esperança em idosos.

Contudo, nas investigações de Kwon (2002) menciona-se a existência de uma esperança falsa, presente em pessoas que apresentam expectativas de que determinados resultados irão acontecer, sem para isso, contar com planos ou recursos necessários para alcançá-los. O construto de esperança falsa relaciona-se com o de ilusões falsas. Esta esperança falsa contrasta com a esperança genuína que é baseada na realidade e que leva a pessoa à ação. Ou seja, é favorecida quando os objetivos são atingíveis, estão sob controle, são vistos como importantes para a pessoa e são aceitáveis a nível social.

O uso genuíno da esperança requer do idoso um grande esforço adaptativo, perpassando mais uma vez a resiliência. Condições de saúde também podem ser acrescentadas a dificuldades na adaptação a desafios provenientes da idade (FONTES & NERI, 2015). Contrapondo-se a isso, outra ligação importante da esperança se dá com a fé. Esta, que também é um construto da Psicologia Positiva, pode ser direcionada a um Deus, a si mesmo ou a terceiros (SNYDER & LOPEZ, 2009).

Outro fator importante na Teoria da Esperança é o papel que os obstáculos assumem enquanto o indivíduo se movimenta em direção a determinado objetivo e o seu impacto no nível de esperança. Os estressores são compreendidos no modelo da esperança como empecilhos em proporção suficiente para prejudicar os pensamentos de esperança. Enquanto que uma pessoa com elevada esperança pode encarar os estressores como um desafio que pode ser superado utilizando um caminho alternativo e/ou um agenciamento vigoroso, uma pessoa com baixa esperança um estressor ou *feedback* de fracasso tenderão a conduzir ao desânimo e, possivelmente, a uma desistência face ao objetivo (SNYDER et al., 2006).

Snyder et al. (1991), no desenvolvimento da Escala de Expectativa/Esperança Quanto Ao Futuro e Orientação Para a Vida, traduzida e adaptada para o português/Portugal, por Marques et al. (2006), e no Brasil com o nome de Escala de Esperança Disposicional (PACICO E BASTIANELLO, 2014) utilizaram-se predominantemente de estudantes universitários e mais duas amostras de doentes do foro da doença mental. O estudo de Snydersugere que as variáveis idade e condição podem alterar as respostas, embora não modificando as qualidades métricas e estruturais da escala.

A partir do desenvolvimento desta escala, o objetivo de Snyder et al. (1991) foi investigar a causalidade entre força de vontade e superação de dificuldades advindas de quadros. Com esta pesquisa ele comprova empiricamente que indivíduos que têm resultados altos na Escala de Esperança possuem uma esperança genuína, positivamente correlacionada com a autovalorização percebida, competência escolar e social, e criatividade.



O motivo principal de se trabalhar a Teoria da Esperança na clínica com idosos é a sua aplicabilidade. Nos próximos tópicos será visto como este conteúdo pode ser naturalmente inserido na pauta do terapeuta. A proposta de intervenção de cunho Cognitivo-Comportamental tem como uma de suas principais ferramentas a psicoeducação. Esse é o caminho de entrada para fazer compreender e exercitar o pensamento e comportamentos esperançosos.

Entretanto, existem algumas restrições que precisam ser explicitadas antes que se iniciem as seções práticas deste texto. A Teoria da Esperança não é aplicável em qualquer situação. Como qualquer ferramenta de manejo clínico, deve haver um propósito e uma demanda que justifique sua utilização. Não existe uma receita pronta de como se trabalhar a esperança com pacientes idosos. Como qualquer construto passível de treino e mensuração, seus níveis são flutuantes e sua percepção e manejo variam de pessoa para pessoa. Além disso, exige um diálogo entre teorias: TCC e Psicologia Positiva. Para que essa dificuldade possa ser ultrapassada, é necessário não só domínio da teoria, mas também segurança para adaptar algumas técnicas e sensibilidade para perceber quando poderá trazer algum benefício para o idoso.

Como será mais bem explicitado no decorrer deste capítulo, a esperança pode ser vista como importante estratégia para o tratamento da depressão geriátrica. A desesperança vem se mostrando um potente sintoma deste quadro e seu avanço pode levar ao suicídio (Cukrowicz et al., 2013).

Esta é a sugestão que norteia o que propomos ser um diálogo entre autores e leitores. Para alguns outros quadros, outras estratégias devem ser pensadas. Transtornos ansiosos, por exemplo, podem não ser diretamente beneficiados com essa prática, salvo os casos de comorbidade. Em quadro demenciais, a esperança se apresenta como elemento motivador, contribuindo para a perseverança no respectivo programa de reabilitação, permanecendo o idoso exercitando-se até que comece a ser beneficiado por este.

A seguir, serão apresentadas duas áreas de intervenção, que vem sendo estudadas pelos autores, com a Teoria da Esperança como estratégia de promoção de saúde mental à pessoa idosa.

## ESPERANÇA E ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

Com a premissa de promover ligações neuronais através da plasticidade, utilizando a capacidade de reserva em idosos com comprometimento cognitivo em todos os seus níveis com uma prática focada em atividades de estimulação e organização das atividades da vida diária, a estimulação cognitiva tem como foco a manutenção ou retomada das funções cognitivas no idoso (MALLOY-DINIZ et al., 2013). Quando realizada em conjunto com psicoterapia, esse tipo de programa tende a ser ainda mais eficaz (HARTMANN JUNIOR & MEDEIROS, 2015).

Partindo do pensamento de Snyder (1994) de que a esperança é aprendida, pensá-la dentro do escopo da estimulação cognitiva é pensar em como os fatores Iniciativa e Caminhos auxiliariam o idoso. A capacidade de encontrar rotas a serem tomadas a fim de que se cumpra determinado objetivo, aqui a autonomia, perpassa o agenciamento da viabilidade, motivação e esforço cognitivo. Com a introdução do construto esperança nesse processo e o seu treino, o idoso expandirá sua capacidade de aderir ao programa de reabilitação ou estimulação. Com relação ao fator Caminhos, a sensação de capacidade de ser bem sucedido complementa a inclinação em se manter focado em todo o processo.

Também cabe nesse contexto outro construto da Psicologia Positiva como a resiliência, por exemplo. Pessoas com altos níveis de resiliência apresentam maiores índices de disciplina, interesse, autoestima e tolerância no enfrentamento de dificuldades (BARREIRA & NAKAMURA, 2006). A revisão de literatura que podemos trazer para complementar esta afirmação fora construída por parte dos autores deste capítulo, que apresentam sete escalas de Resiliência para diferentes populações, sendo duas adaptadas e validadas no Brasil. São elas: Escala de Resiliência e a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (HARTMANN JÚNIOR & MEDEIROS, 2017).

Voltando a esperança, o recente estudo de dois dos autores (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018) trabalhou com a Teoria da Esperança com uma população de idosos inserida em atividades de estimulação cognitiva a fim de prevenir sintomatologia depressiva. O estudo envolveu 51 participantes divididos em dois grupos: um com menos de seis meses de estimulação, chamado de grupo 1 (n = 16); e o grupo 2, com mais de seis meses (n = 35). A intervenção consistiu em introduzir e trabalhar o construto esperança no programa de estimulação durante seis meses e testar sua eficácia não só nos sintomas depressivos, mas no próprio nível de esperança em seus dois fatores. O programa de estimulação cognitiva oferecido contou com atividades como jogos e oficinas, onde a esperança foi trabalhada não só como tema destes, mas sua influência durante as suas realizações.

Em Psicologia Positiva, as intervenções podem ter caráter preventivo e de potencialização. Dentro do escopo do trabalho apresentado (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018), podemos afirmar que a intervenção realizada foi de Prevenção Primária, onde se busca trabalhar na possibilidade, ou seja, quando o problema ainda não surgiu ou está dando seus primeiros passos. Também contou com características de Potencialização Primária, onde há busca por uma vida com satisfação e um bom funcionamento (SNYDER & LOPEZ, 2009).

Todos os participantes foram submetidos às escalas de Depressão Geriátrica (EDG-15), em sua versão com 15 itens e de Esperança Disposicional (PACICO & BASTIANELLO, 2014) em duas testagens: no início da pesquisa e após seis meses de intervenção. Os resultados foram atribuídos por grupo, separadamente,

e entre estes. Os resultados apontam que, para idosos com menos de seis meses, a estimulação cognitiva associada ao treino de esperança acarretou em diminuição significativa da sintomatologia depressiva (0,39) e aumento significativo no nível de esperança (0,18), principalmente, no fator Caminhos (0,18) (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018). O *Wilcoxon signed-ranks* test fora utilizado para análise dos dados, a fim de parear as amostras e identificar níveis de significância, sendo esta identificada em valores de até 0,50 (WILCOXON et al., 1963).

Já no grupo 2, com mais de seis meses, houve manutenção dos níveis de esperança, com resultados significantes apenas na sintomatologia depressiva (0,02). Na comparação entre grupos, como esperado, apenas os resultados da EDG-15 alcançaram nível de significância (0,46) (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018).

Os resultados apontam que a estimulação cognitiva unida ao treino de esperança proporciona ao idoso que está iniciando seu programa de estimulação aumento na capacidade de gerenciar e modificar os “caminhos” tomados por este em diversos âmbitos de sua vida, o torna mais esperançoso e previne depressão geriátrica. Para os idosos que já estão inseridos nesta rotina a mais tempo a esperança é um motivador, pois permaneceram com altos níveis, promovendo a continuidade do processo. A sintomatologia depressiva continua regredindo, sendo reflexo da permanência dos níveis do construto discutido (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018).

O que podemos trazer dessa experiência é a flexibilidade que o treino da esperança pode proporcionar. Durante os seis meses, a esperança fora trabalhada direta e indiretamente. Alguns temas que puderam ser trabalhados em conjunto com a esperança foram: comunicação; generosidade; resolução de problemas; autoestima; autonomia; cooperação; pensamento; e plenitude. Mensalmente, houve um momento que englobou uma palestra de caráter educativo e um momento de *feedback* dos treinos (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018).

Essa flexibilidade abre possibilidade de trabalhar a esperança com idosos em outros contextos como, por exemplo, instituições de longa permanência. Pelos apontamentos da pesquisa, os temas poderiam ser adaptados à realidade e trabalhados de acordo com as capacidades funcionais dos participantes.

O treino da esperança se deu com base nos Estados e Processos Emocionais Positivos, Estados e Processos Cognitivos Positivos e Comportamento Pró-social (SNYDER & LOPEZ, 2009). Diante disso, tal construto engloba as dimensões trabalhadas não só na estimulação cognitiva, mas também em um processo maior, como a reabilitação cognitiva, que envolve também o desenvolvimento das condutas afetivas e do incentivo a manutenção e fortalecimento das redes de apoio.

Devido ao fato do pouco público participante, ficamos impossibilitados de realizar um grupo controle, pois este ingressa na pesquisa sem nenhum benefício enquanto observa os colegas de estimulação recebendo os benefícios da proposta.

Hoje, se recomenda a pesquisa “quase experimental”, que diferentemente da pesquisa experimental (onda há grupo controle), existe uma menor aleatoriedade na amostra, mas não a torna menos válida. Mesmo uma pesquisa com grupo controle sofre das mesmas variáveis não controláveis que qualquer outro método. O controle de variáveis é algo impreciso. Mesmo assim, podemos considerar essa uma limitação do estudo.

Podemos considerar que a Psicologia Positiva vem se aproximando cada vez mais de práticas clínicas de cunho cognitivo e comportamental, que englobam não só a psicoterapia, mas programas de estimulação cognitiva, como é o caso. A Terapia Cognitivo-Comportamental favorece um ambiente de estimulação cognitiva, e o que propomos aqui é também o encorajamento de uma introdução de forma gradual deste construto nas práticas clínicas dos leitores deste livro. A complementariedade das práticas da psicoterapia, que será discutida no próximo tópico, e da estimulação cognitiva, pode auxiliar na construção de idosos cognitivamente e emocionalmente mais fortes e tornando-os mais esperançosos os resultados tendem a ser ainda mais benéficos.

Quanto ao instrumento utilizado na pesquisa, a Escala de Esperança Disposicional (PACICO E BASTIANELLO, 2014), Os dois fatores acima discutidos são avaliados separadamente, além do fator geral de esperança. Esta tem influência cognitiva, comportamental e motivacional. Trata-se de uma escala tipo Likert em que as respostas variam de 1 (totalmente falsa) e 5 (totalmente verdadeira). É avaliada da seguinte forma: 12 itens, sendo quatro distratores (3,5,7 e 11); quatro para o fator Iniciativa (2,9,10,12); e quatro para o fator Caminhos (1,4,6,8).

Há duas formas de correção para obtenção do escore: o cálculo total dos oito itens não distratores, onde se obtém o valor geral de esperança e o cálculo dos fatores separadamente, para uma análise mais detalhada da capacidade de tomar iniciativa e do gerenciamento de rotas (RIBEIRO et al., 2006). A escala pode ser utilizada em conjunto com outros instrumentos de autorrelato e em paralelo a testes neuropsicológicos e atividades de estimulação cognitiva. Idosos com demência ou muito deprimidos poderão ter dificuldades de entendimento e preenchimento desta escala.

A seguir, será apresentado um quadro com o modelo de estimulação cognitiva proposto:

Quadro 1 – Proposta de Estimulação Cognitiva com a Teoria da Esperança

PROPOSTA	OBJETIVO	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
Treino	Promover fortalecimento cognitivo por meio de atividades que trabalham funções específicas.	Jogos, oficinas, treino de habilidades e atividades neuropsicológicas.
Palestras	Trazer aos participantes à compreensão dos temas trabalhados e a experiência de estar no programa.	Palestras de caráter informativo e para feedback dos participantes.
Oficinas	Trabalhar temas correlacionados à esperança de modo a trabalhá-la em diferentes aspectos.	Comunicação, generosidade, resolução de problemas, autoestima, autonomia, cooperação, pensamento e plenitude.
Avaliação	Avaliar a evolução dos participantes.	Instrumentos específicos de avaliação neuropsicológica mais Escala de Depressão Geriátrica e Escala de Esperança Disposicional

Fonte: adaptado de Hartmann Júnior et al. (2018).

## ESPERANÇA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O construto esperança vem sendo trabalhado em sessões de TCC, por se tratar de um modelo de terapia focado na aliança terapêutica e na resolução de problemas (BECK, 2022). Seu uso pode servir como base para a construção de estratégias eficazes para a resolução destes.

O estudo de Santos (2015) mostrou que, se trabalhada, a esperança pode aumentar o bem-estar e equilíbrio psicológico. A diminuição ou perda da esperança impossibilita o paciente de motivar-se com o processo terapêutico. O sentimento de desesperança traz consigo distorções e pensamentos automáticos que reforçam suas crenças disfuncionais, acarretando o agravamento do quadro, em alguns casos levando ao suicídio (MARBACK & PELISOLI, 2014).

Pelo fato da TCC trabalhar diretamente com a regulação das emoções do paciente, a esperança pode ser utilizada diretamente no tratamento. As emoções desempenham um papel fundamental ao nível da esperança. Segundo Fredrickson e Losada (2005), a indução de emoções, pensamentos e sentimentos positivos relacionados com a esperança aumenta a recuperação de doentes cardiovasculares, a diminuição dos níveis de cortisol e a redução de respostas inflamatórias ao estresse. Nas pesquisas de Magaletta e Oliver (1999) foi apontado que a falta de esperança introduzia um risco significativo para a depressão e comportamentos associados ao suicídio. Desse modo, entende-se que estes construtos podem atuar como reguladores ao agir contra doenças mentais e físicas.

Em recente revisão, a desesperança é um sintoma importante para o diagnóstico de depressão em idosos e potencializador do suicídio nessa população (HARTMANN JÚNIOR et al., 2018). Uma proposta para avaliar o nível de desesperança é a Escala Beck de Desesperança (BHS), apontada no estudo como o mais indicado para o aqui discutido. É um instrumento de autorrelato composto por 20 itens, com duas possibilidades de resposta (Certo e Errado) que devem ser assinaladas de acordo com o que foi vivenciado na semana anterior ao preenchimento. De fácil correção, quanto maior o escore, maior o indício de desesperança (FRASER et. al., 2014).

A limitação para utilização se dá por motivo epistemológico: a BHS tem local de fala diferente da Teoria da Esperança. Apesar das aproximações entre TCC e Psicologia Positiva, é preciso utilizar instrumentos de diferentes perspectivas com parcimônia e não toma-los como único ou principal método de coleta de dados. Entretanto, a prática clínica tem mostrado que trabalhar esperança na clínica em idosos diminui os índices da BHS. São necessários estudos para melhor compreender a possível correlação entre os instrumentos, BHS e Escala de Esperança Disposicional, tendo em vista suas utilidades na clínica em TCC.

As investigações de Martins e Santos (2008) demonstram que a esperança possui um potencial intencional para a terapêutica, apoiando e justificando a posição na expectativa de cura, tornando-se, desta forma, fundamental à mobilização de forças para o restabelecimento do estado de saúde, ao nível biopsicossocial, uma vez que este é um importante preditor da saúde e da qualidade de vida.

O modelo comum de TCC é formado por sessões estruturadas, onde há rápida resposta à terapia na maioria dos casos e parceria na estruturação das tarefas de casa e de sessões futuras (BECK, 2021). A partir disso, o terreno está preparado para o fortalecimento do sentimento de esperança no paciente, pois o mesmo já tem noção do que terá pela frente na terapia e estará ativo nesse processo todo tempo, agenciando os caminhos que estão sendo tomados. Com isso, as categorias de objetivos esperançosos traçadas por Snyder (2000) e acima mencionadas podem ser alcançados (objetivos de aproximação, prevenção de consequências negativas, objetivos de manutenção, objetivos de otimização).

Instrumentos como a resolução de problemas e o questionamento socrático também podem ser adaptados visando a discussão da esperança. Com relação ao primeiro, podem ser utilizadas as técnicas “Tomando Decisões” e “Prescrição Gradual das Tarefas” (BECK, 2021). A tomada de decisões implica em listar os prós e contras de cada caminho possível de ser tomado, auxiliando na capacidade de agenciar suas decisões, além de tornar o ato da iniciativa mais consciente. Prescrever as tarefas gradualmente pode auxiliar na tolerância a frustração e aumento da esperança a cada pequena tarefa realizada. Listam-se pequenos passos rumo ao objetivo a partir do caminho escolhido na tomada de decisão. Já o questionamento socrático pode, ao invés de ir direto a crença, questionar as crenças distorcidas a respeito dos caminhos tomados. As adaptações dão às atividades com maior potencial de contextualização, sendo possível trabalhar as crenças de modo menos incisivo, trazendo menor probabilidade de prejuízo emocional ao idoso.

A experiência clínica dos autores com pacientes idosos nos levou a pensar a TCC para a população idosa. Parte destes não aderem ao modelo tradicional de TCC, onde são trabalhadas as modificações de crenças. Temos percebido que as terapias de terceira geração, em especial a Terapia de Aceitação e Compromisso e a Terapia

Dialética Comportamental (DBT), têm cativado por objetivar a contextualização das crenças em detrimento da modificação.

A ACT trabalha a partir da contextualização das crenças, promovendo flexibilidade psicológica, ou seja, a capacidade de olhar de diferentes prismas uma mesma situação. A essa ação dá-se o nome de desfusão (SABAN, 2015). Apesar da descoberta da plasticidade neuronal e do desenvolvimento do paradigma *life-span*, são esperadas perdas cognitivas deste idoso, bem como uma menor flexibilidade de sua cognição, sendo necessário deste otimizar suas capacidades e com isso compensar as que estão em *déficit*. Promovendo a cristalização de algumas crenças, o idoso pode ter resistência ou dificuldade em modificá-las, o que poderá potencializar seu sofrimento.

A Teoria da Esperança poderá ser utilizada a partir do pressuposto que a ACT trabalha também com aspectos positivos do ser humano, sendo um campo fértil para o desenvolvimento de um idoso esperançoso, que por sua vez trará benefícios à própria ACT, onde a iniciativa e o gerenciamento dos caminhos tomados auxiliarão processo de Aceitação, Escolha e Ação (SABAN, 2015), que são os passos de enfrentamento de uma psicopatologia neste modelo de terapia.

Além das escalas já apresentadas, vem-se mostrando uma importante estratégia nos tratamentos em saúde mental dos idosos o uso de diários. Os diários na ACT têm outra perspectiva: trabalham “Aceitação Cotidiana” e “Vivências Cotidianas”, por exemplo, (SABAN, 2015). A adaptação ou adição do construto esperança na construção dos diários vem mostrando uma maior aceitação ao uso destes. A esperança como foco dos diários vem auxiliando o idoso a perceber e refletir suas decisões, a necessidade de mudar estratégias e os ganhos perdas de suas escolhas com base nos dois fatores da esperança, trazendo material para trabalhar também a aceitação e o compromisso. O primeiro passo é a psicoeducação do paciente a respeito da Teoria da Esperança.

O diário adaptado à esperança tem formato simples: ao relatar as vivências, o idoso poderá relatar os caminhos possíveis, a iniciativa tomada e o agenciamento dessa escolha durante sua semana. Na sessão, ao discutir a semana de seu paciente a partir desse diário, poderá analisar as escolhas, a necessidade de se considerar outras possibilidades, a gestão dos caminhos traçados e a capacidade de iniciativa em novos empreendimentos. A consciência de que é possível traçar e ir atrás de seus objetivos faz com que o idoso se torne esperançoso e amplie seu horizonte de possibilidades, comumente tão restrito pelos fatores biológicos e sociológicos, normativos ou não advindos de sua condição. Alguns idosos podem apresentar dificuldades em escrita ou leitura de naturezas diversas. Alternativas podem ser encontradas como o auxílio de um cuidador ou registro por gravação de áudio.

Já a DBT vem se mostrando como uma aliada na clínica Cognitivo-Comportamental em idosos com depressões graves ou com risco de suicídio.

Este modelo de terapia trabalha a partir da regulação emocional estratégias de mudança e tem como princípio a efetividade das relações pessoais, incluindo a relação terapeuta-paciente. Tem foco diretivo na construção de padrões de comportamentos adaptativos em contraposição aos de cunho autodestrutivo. Esta dá abertura para práticas como o Mindfulness para tolerância ao estresse e a frustração e ao exercício da espiritualidade (LINEHAN, 2017; CATALANI, 2015).

A negociação de metas, prazos e acordos denota a importância de o paciente ser voz ativa nas decisões tomadas durante o processo psicoterapêutico. Para o idoso que por vezes perde espaço nas discussões familiares e nos demais espaços, apesar de toda sua experiência, torna-se importante esse espaço na terapia. Além disso, o ato de negociar o cuidado para que o paciente não faça algo que ponha sua vida em risco fortalece o laço da relação. Um terapeuta que possui postura empática pode proporcionar ganhos consideráveis. A relação terapêutica diminui o risco de suicídio abrindo espaço para negociações dentro do processo psicoterapêutico.

Um estudo teórico tem como um de seus principais achados que a empatia no idoso pode auxiliar no reconhecimento do afeto e percepção de expressões faciais e negociação de interesses e necessidades (MEDEIROS & HARTMANN JÚNIOR, 2017).

A DBT também possui um treinamento próprio de habilidades. Estas são, a saber: Habilidades de Mindfulness; de efetividade interpessoal; regulação emocional; tolerância ao mal-estar, aceitação da realidade; e complementares (LINEHAN, 2017). A vantagem deste modelo de terapia é a variedade de habilidades e suas subcategorias, podendo o terapeuta ser específico e trabalhar apenas os pontos que julgar necessários.

As Habilidades em DBT podem ser trabalhadas com o olhar da esperança. A Iniciativa e, principalmente, os Caminhos, podem ser gerenciados e inseridos gradualmente nas atividades acima mencionadas. A esperança é sempre trabalhada a partir dos eventos e posteriores escolhas do paciente. O Feedback realizado por terapeuta e cliente pode ser balizado pelos dois fatores já mencionados, a fim de avaliar sua eficácia.

A proposta desta seção não é construir um modelo interventivo unindo diferentes terapias de segunda e terceira gerações, mas fazer apontamentos de que práticas podem beneficiar o idoso e suas possíveis adaptações. É importante ter em mente que uma estratégia em terapia nunca irá ser benéfica para todos os casos. O terapeuta deverá, em conjunto com o idoso, compreender quais crenças e emoções são passíveis de modificação ou não, bem como as que devem ser enfrentadas ou apenas aceitas, mas nunca evitadas. A evitação tende a aumentar o número de eventos internos e externos desagradáveis.

A revisão realizada por Freitas et al. (2016) mostra ainda uma produção tímida de pesquisas que unam a TCC em grupo, ou TCCG, em idosos e a Psicologia



Positiva. E dentro dos artigos coletados, a minoria fazia dessa relação o foco principal. Essa baixa produção denota de um campo ainda em exploração, onde várias possibilidades podem ser trabalhadas. Os primeiros passos mostram que a união da TCC com a Psicologia Positiva só tende a beneficiar o idoso que procura por esse serviço. A psicoterapia unida a Psicologia Positiva encaixa-se no escopo da Prevenção Secundária, onde busca-se trabalhar quando o problema já existe, almejando sua remissão (SNYDER & LOPEZ, 2009).

Em Psicologia Positiva, segundo Fredrickson (2009), objetiva-se a Positividade, que seria o acúmulo de emoções positivas resultantes de eventos positivos. Segundo a autora, é preciso vivenciar mais destes eventos em detrimento dos negativos, mesmo os segundos sendo de grande importância. Os eventos negativos têm função adaptativa, mas apenas as positivas têm potencial criador, sendo mais importantes em longo prazo. A esperança é uma das dez formas de positividade.

Para inserir e trabalhar com algum construto no processo psicoterapêutico é necessário identificar antes a necessidade do paciente. A decidir pela instrumentalização de construtos que foquem em emoções positivas, o psicoterapeuta deve estar integrado aos três princípios que reconhecem a natureza dialética do bem-estar desejado. Estes princípios são: avaliação, covalência e complementariedade.

O primeiro trata da dificuldade de avaliar uma emoção como necessariamente positiva ou negativa. O contexto é o que será determinante. O segundo fala da ambivalência que determinado construto pode se apresentar, ou seja, que a estimulação da esperança, por exemplo, pode ter seu lado negativo por abrir espaço para ansiedade. O terapeuta deverá lidar com esse fenômeno e avaliar se o risco vale a pena. Por último, a complementariedade nos apresenta a uma visão de que o bem-estar depende da relação dialética entre aspectos positivos e negativos. Um não deve excluir o outro, são complementares. Não se está estressado ou desestressado, estas são duas dimensões distintas que funcionam independentes. São complementares por conviverem sem uma relação de exclusão (GRAZIANO, 2016).

Qualquer modelo em TCC, seja de segunda ou terceira geração, possui seus próprios objetivos o inchaço de conteúdos a serem trabalhados pode causar desconforto em quem procura o nosso serviço bem como causar confusão no processo psicoterapêutico em si, com o uso indiscriminado de técnicas e instrumentos de mensuração que tomem um tempo de fala precioso. Mesmo terapeutas experientes, que não mais utilizam sessões totalmente estruturadas podem vir a prejudicar a terapia por esse excesso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A esperança, bem como outros construtos da Psicologia Positiva, é fundamental para a preservação da saúde mental em qualquer fase do desenvolvimento. A esperança foi vista como base para que o sujeito possa se desenvolver e alcançar seus objetivos.

No campo da saúde mental, estimulação cognitiva e psicoterapia de cunho cognitivo-comportamental são duas possibilidades de prevenção e promoção de uma cognição saudável, que por sua vez promove bem-estar, qualidade de vida, autonomia e o desenvolvimento de potencialidades.

A inserção da Teoria da Esperança numa perspectiva prática se mostra pertinente para que esse campo possa ganhar uma nova perspectiva dentro da comunidade científica, já que a mesma se manifesta nos âmbitos cognitivo, afetivo e comportamental. Seguindo a tendência da Psicologia em promover potencialidades, cada vez mais o desenvolvimento de atividades específicas seguindo essa direção é esperado. E no campo do envelhecimento, tal construto só tem a acrescentar no fortalecimento de laços, autonomia e preservação de uma cognição saudável e flexível para modificar crenças disfuncionais ou contextualizá-las.

## REFERÊNCIAS

BARREIRA, D. D.; NAKAMURA, A. P. A. Resiliência e a auto-eficácia percebida: articulação entre conceitos. *Aletheia*, 23, p. 15-80, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n23/n23a08.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

BARNUM, D. D.; SNYDER, C. R.; RAPOFF, M. A.; MANI, M. M.; THOMPSON, R. Hope and social support in the psychological adjustment of children who have survived burn injuries and their matched controls. *Children's Health Care*, 27, p. 15-30, 1998. DOI: 10.1207/s15326888chc2701\_2.

BECK, J. S. *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

CARNEIRO, R. S.; FALCONE, E. M. O. O desenvolvimento das habilidades sociais em idosos e sua relação na satisfação com a vida. *Estudos de Psicologia*, 18(3), p. 517-526, 2013. DOI: 10.1590/S1413-294X2013000300012.

CATALANI, P. *Dbt Therapy: your guide to happiness*. California, US: Createspace Independent Publishing Platform, 2015.

CUKROWICZ, K. C.; JAHN, D. R.; GRAHAM, R. D.; POINDEXTER, E. K.; WILLIAMS, R. B. Suicide Risk in Older Adults: Evaluating Models of Risk and Predicting Ex-

cess Zeros in a Primary Care Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), p. 1021-30, 2013. DOI: 10.1037/a0034953.

Dunn, D. S. Two introductions to (using) positive psychology: A solid overview and a comprehensive appraisal. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), p. 896-898, 2008. DOI: 10.1521/jscp.2008.27.8.896.

FELDMAN, D. B.; SNYDER, C. R. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(3), p. 401-421, 2005. DOI: doi.org/10.1521/jscp.24.3.401.65616.

FONTES, A. P.; NERI, A. L. Resiliência e velhice: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), p. 1475-1495, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015205.00502014.

FOOTE, A. W.; PIAZZA, D.; HOLME, J.; PAUL, P.; DAFFIN, P. Hope, self-esteem and social support in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 22(3), p. 155-159, 1990. DOI: 10.1097/01376517-199006000-00004.

FRASER, L.; BURNELL, M.; SALTER, L. C.; FOURKALA, E.; KALSI, J.; RYAN, A. ..., MENON, U. Identifying hopelessness in population research: a validation study of two brief measures of hopelessness. *BMJ open*, 4(5), p. 80-93, 2014. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-005093.

FREDRICKSON, B. L. *Positividade: descubra a força das emoções positivas, supere a negatividade e viva plenamente*. Rio de Janeiro: Rocco, 2009.

\_\_\_\_\_ ; LOSADA, M. F. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), p. 678-686, 2005. DOI: 10.1037/0003-066X.60.7.678.

FREITAS, E. R.; BARBOSA, A. J. G.; NEUFELD, C. B. Aspectos positivos na Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo com idosos: uma análise sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), p. 86-99, 2016. DOI: 10.31505/rbtcc.v18i2.889.

GRAZIANO, L. *O futuro da Psicologia Positiva*. In: A. P. Corrêa (Eds.). *Psicologia Positiva: teoria e prática*. São Paulo, SP: Leader, p. 386-394, 2016.

HARTMANN JÚNIOR, J. A. S.; FERNANDES, A. L. A. F.; MEDEIROS, A. G. A. P.; VASCONCELOS, C. A. C.; PINHEIRO, K. S. C. B.; AMORIM, L. L. L., ... Rolim Neto, M. L. Hope as a behavior and cognitive process: a new clinical strategy about mental health's prevention. *Medicine*, 97(36), p. 1-8, 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000012130.

\_\_\_\_\_. Hopessness in the elderly: a systematic review. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 3(4), p. 273-278, 2018. DOI: 10.15406/moj-gg.2018.03.00132.

\_\_\_\_\_. Reabilitação neuropsicológica: alternativa para uma melhoria na qualidade de vida. In: J. A. S. Hartmann Junior & L. N. F. Barbosa (Eds.). *Saúde do idoso: uma abordagem multidisciplinar*. Recife, PE: EDUPE, p. 235-247, 2015.

\_\_\_\_\_. Escalas de Resiliência: uma revisão narrativa. *Meta: Psicologia*, 9(27), p. 561-578, 2017. DOI: 10.22347/2175-2753v9i27.1322.

KAVRADIM, S. T.; OZER, Z. C.; BOZCUK. Hope in people with cancer: a multivariate analysis from turkey. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, 69(5), p. 1183-1196, 2013. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06110.x.

KWON, P. Hope, Defense Mechanisms, and Adjustment: Implications for False Hope and Defensive Hopelessness. *Journal of Personality*, 70(2), p. 2017-231, 2002. DOI: 10.1111/1467-6494.05003.

LINEHAN, M.M. *Treinamento de Habilidades em DBT*. 2ª ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2017.

LOPEZ, S. J.; SNYDER, C. R. Hope: many definitions, many measures. In: S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Washington, US: American Psychological Association, p. 91-107, 2003.

MACHADO, J. G. O.; CAMPO, C. G. O.; RABELO, D. F. Treino de Habilidades Sociais em idosos institucionalizados. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 4(2), p. 258-265, 2013. DOI: 10.5433/2236-6407.2013v4n2p258.

MACINNIS, D. J.; CHUN, H. E. Understanding hope and its implications for consumer behavior: I hope therefore, I consume. *Foundations and Trends in Marketing*, 1(2), p. 97-189, 2007. DOI: 10.1561/17000000005.

MAGALETTA, P.; OLIVER, J. The hope construct, will, and ways: Their relations with self-efficacy, optimism, and general well-being. *Journal of clinical psychology*, 55, p. 539-551, 1999. DOI: 10.1002/(SICI)1097-4679(199905)55:5<539::AID-JCLP2>3.0.CO;2-G.

MALLOY-DINIZ, L. F.; FUENTES, D.; CONSENZA, R. M. *Neuropsicologia do Envelhecimento*. Porto Alegre: Artmed, 2013.

MARBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo da desesperança e pensamentos suicidas. *Revista da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), p. 122-129, 2014. DOI: 10.5935/1808-5687.20140018.

MARTINS, R.; SANTOS, A. Ser idoso hoje. *Millenium*, 35(13), p. 69-76, 2008. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8305/5915>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MARQUES, S. C.; PAIS-RIBEIRO, J. L.; LOPES, S. J. Validation of a portuguese version of the children's hope scale. *School Psychology International*, 30(5), p. 538-551, 2009. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0143034309107069>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MARUJO, H. (2010). Aplicações práticas da Psicologia Positiva em contexto escolar: convite ao hibridismo empírico-conceptual. In: J. Ferreira (Ed.). *A Intervenção Psicológica em Problemas de Educação e de Desenvolvimento Humano*. Lisboa: EdiçõesUniversitáriasLusófonas, p. 157-174, 2010.

MC DOWEL, I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires*. New York, US: Oxford University Press, 2006.

MEDEIROS, A. G. A. P.; HARTMANN JÚNIOR, J. A. S. Empatia em idosos como processo multifacetado. *Revista Diálogos*, 18, p. 46-63, 2017. DOI: 10.13115/2236-1499v2n18p46.

MORAIS, L. M.; MASCARENHAS, S. A. N. Avaliação da escala de expectativa/esperança quanto ao futuro e orientação para a vida e seus efeitos sobre o rendimento acadêmico dos estudantes do IEAA/UFAM-Brasil. *Núamro*, 4(1), p. 19-27, 2010. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4028871>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MORAITOU, D.; KOLOVOU, C.; PAPASOZOMENOS, C.; PASCHOULA, C. Hope and adaptation to old age: Their relationship with individual-demographic factors. *Social Indicators Research*, 76, p. 71-93, 2006. DOI: 10.1007/s11205-005-4857-4.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), p. 17-34, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2023.

NOTHWEHR, F.; CLARK, D.; PERKINS, A. Hope and the use of behavioural strategies related to diet and physical activity. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 1, p. 159-163, 2013. DOI: 10.1111/jhn.12057.

ORLANDI, F. S. Avaliação do nível de esperança de vida de idosos renais crônicos em hemodiálise. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), p. 900-905, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000400017.

PACICO, J. C.; BASTIANELLO, M. R. Instrumentos para avaliação da esperança: escala de esperança disposicional e escala de esperança cognitiva. In: C. Hutz (Eds.). *Avaliação em psicologia positiva*. Porto Alegre: Artmed, p. 101-110, 2014.

PETERSON, C. Positive Psychology. *Reclaiming Children & Youth*, 18(2), p. 3-7, 2009. Disponível em: <http://reclaimingjournal.com/node/86/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

RIBEIRO, J. L.; PEDRO, L.; MARQUES, S. Contribuição para o estudo psicométrico e estrutural da escala de esperança (de futuro). In: *Actas 6. Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*; Faro, Portugal: Faculdade de Arquitetura do Porto; p. 75-81, 2006.

RITTER, A. L. F. R. *Aprender a ter esperança: construção, implementação e avaliação de um programa para o 4º ano do 1º ciclo de escolaridade*. (Dissertação de Mestrado). Universidade De Lisboa, 2011. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4337/1/ulfpie039532\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4337/1/ulfpie039532_tm.pdf). Acesso em: 18 jan. 2023.

SABAN, M. T. *Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso*. 2ª ed. Belo Horizonte, MG: Artesã, 2015.

SANTOS, I. M. O. *Pensamentos automáticos, esperança e satisfação com a vida na adolescência*. (Dissertação de Mestrado) Universidade de Lisboa, 2015. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23362/1/ulfpie047731\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23362/1/ulfpie047731_tm.pdf). Acesso em: 18 jan. 2023.

SCHUELLER, S. M. Promoting wellness: integrating community and positive psychology. *Journal of Community Psychology*, 37(7), p. 922-937, 2009. DOI: <http://10.1002/jcop.20334>.

SELIGMAN, M. E. P. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In: S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.). *Handbook of positive psychology*. New York, US: Oxford University Press, p. 3-9, 2002.

SHELDON, K. M.; KING, L. Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), p. 216-217, 2001. DOI: 10.1037/0003-066X.56.3.216.

SNYDER, C. R. *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press, 1994.

\_\_\_\_\_. Snyder, C. R. Hypothesis: There is Hope. In: C. R. Snyder (Ed.). *Handbook of Hope San Diego*, US: Academic Press, p. 3-21, 2000.

\_\_\_\_\_; HARRIS, C.; ANDERSON, J. R.; HOLLERAN, S. A.; IRVING, L. M.; SIGMON, S. T., ... Harney, P. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(40), p. 570-585, 1991. DOI: 10.1037/0022-3514.60.4.570.

\_\_\_\_\_; LEHMAN, K. A.; KLUCK, B.; MONSSON, Y. Hope for rehabilitation and vice versa. *Rehabilitation Psychology*, 51(2), p. 89-112, 2006. DOI: 10.1037/0090-5550.51.2.89.

\_\_\_\_\_; LOPEZ, S. J. *Psicologia positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2009.

STERN, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8(3), p. 448-460, 2002. DOI: 10.1017/S1355617702813248.

VAN GESTEL-TIMMERMANS, H.; BROUWERS, E.; HERTH, K.; VAN NIEUWENHUIZEN, C. Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(sup. 1), p. 67-74, 2010. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2009.00758.x.

WILCOXON, F.; KATTI, S. K.; WILCOX, R. A. *Critical clues and probability levels for the Wilcoxon Rank Sum Test and the Wilcoxon Rank Test*. New York: Lederle Laboratories Division, 1963.

# ORGANIZADORAS

**Margareth da Silva Oliveira**, Ph.D. Psicóloga e Mestre em Psicologia pela PUCRS. Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-Doutora pela University of Maryland Baltimore County (UMBC-USA). Pesquisadora Produtividade CNPq-1D. Professora Titular do Programa de Pós-Graduação e Graduação em Psicologia da PUCRS. Coordena o Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental e o LABICO (Laboratório de Intervenções Cognitivas da PUCRS). Coordenadora do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental - modalidade a distância (PUCRS). Integrante da ANPEPP e Sócia- fundadora da FBTC (Federação Brasileira de Terapias Cognitivas). Membro da Diretiva da ALAPCO (Associação Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas desde 2012). E-mail: marga@pucrs.br

**Nazaré Albuquerque Hayasida**, Psicóloga, professora Adjunta do Programa de Pós-graduação e da graduação da UFAM, Doutora em Psicologia, Mestre em Educação, especialista em Terapia Cognitivo-comportamental e Terapeuta Certificada pela FBTC; especialista em Psicologia hospitalar e da saúde pelo CPHD-PE, Líder do grupo de pesquisa LaBICC/UFAM, e membro do GT “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” ANPEPP. E-mail: hayasidanazare@hotmail.com

**Karen Priscila Del Rio Szupszynski**, Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica e Doutora em Psicologia pela PUCRS/UMBC. Pós-doutorado em Psicobiologia na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Formação em Terapia do Esquema pela International Society of Schema Therapy – ISST/Wainer Psicologia. Membro do Grupo de Trabalho “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Assessora de comunicação e marketing da Federación Latinoamericana de Psicoterapias Cognitivas y Conductuales (ALAPCCO – Gestão 2019-2022 e 2022-2025). Docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD). Coordenadora do Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Internet (GPPSI). E-mail: karenszu@yahoo.com.br

**Laisa Marcorela Andreoli Sartes**, Psicóloga pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Mestre, Doutora, com estágio pós-doutoral em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (Psicobiologia). Professora Associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Supervisora de Terapia Cognitivo-Comportamental. Membro da



FBTC. Membro do Grupo de Trabalho “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental”, da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Coordenadora do grupo de pesquisa Centro de Referência em Pesquisa, intervenção e Avaliação em Álcool e outras Drogas (CREPEIA). E-mail: laisa.sartes@gmail.com

## AUTORES

**Antônio Gabriel Araújo Pimentel de Medeiros**, Psicólogo (UPE), Mestrando em Psicologia: Práticas e Inovação em Saúde Mental (UPE), integrante do Grupo de Estudos Sobre Saúde Mental do Idoso, vinculado ao CNPq. E-mail: gabrielmedeiros1994@hotmail.com

**Bianca Aparecida Ribeiro Singulane**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: bianca.singulane@gmail.com

**Eliane Mary de Oliveira Falcone**, Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela PUC-Rio; Doutora em Psicologia Clínica pela USP. Tem Pós-doutorado em Psicologia Experimental pela USP e em Psicologia Clínica pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute e Terapeuta Cognitiva Certificada pela FBTC. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do IP-UERJ; Ex-Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas- FBTC (Gestão 2003-2005). E-mail: elianefalcone@uol.com.br

**Fernanda Machado Lopes**, Professora adjunta do Programa de Pós-graduação e da graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina; mestre e doutora em Psicologia do Desenvolvimento e Pós Doutora em Neurociências pela UFRGS; Terapeuta certificada pela FBTC; membro do Grupo de Trabalho (GT) “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” da ANPEPP. E-mail: femlopes23@gmail.com

**George M. Slavich**, Ph.D. Um dos principais especialistas em conceituação, avaliação e gerenciamento do estresse na vida, bem como em mecanismos psicológicos e biológicos que ligam o estresse à saúde precária. Recebeu dezessete importantes prêmios por essas contribuições desde 2009. Professor Associado do Departamento de Psiquiatria e Cientista Pesquisador em Ciências Biocomportamentais no Cousins Center for Psychoneuroimmunology. Diretor do Laboratory for Stress Assessment and Research da Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA). Bacharel com menção honrosa pela Stanford University e Ph.D. pela Universidade de Oregon. Formação clínica no McLean Hospital e na Harvard Medical School. Além disso, realizou o NIMH Postdoctoral Fellowship na Universidade da Califórnia em São

Francisco (UCSF) e na UCLA. Diretor Associado da National Institute on Aging (NIA) Stress Measurement Network, 2015-Presente. E-mail: gslavich@mednet.ucla.edu

**Giliane Cordeiro Gomes**, Psicóloga (UPE), Mestre em Psicologia (UFPE), professora da Autarquia do Ensino Superior de Arcoverde (AESA), integrante do Grupo de Estudos Sobre Saúde Mental do Idoso, vinculado ao CNPq. E-mail: gilianecordeiro@yahoo.com.br

**Grant S. Shields**, Ph.D., Pós-doutorando no Center for Mind and Brain da Universidade da Califórnia, Davis. As pesquisas empreendidas buscam compreender os impactos do estresse sobre a cognição e a saúde, bem como os caminhos biológicos por meio dos quais esses efeitos ocorrem. Trabalha com Amanda Guyer no Teen Experiences, Emotions, & Neurodevelopment Lab e com Camelia Hostinar no Social Environment & Stress Lab. Durante o doutorado, laborou com Andrew P. Yonelinas no Human Memory Lab e foi assessorado por Brian C. Trainor no Behavioral Neuroendocrinology Lab. Atua como coordenador de projetos para o Dr. George M. Slavich no Laboratory for Stress Assessment and Research (UCLA). B.A. pela Simpson University em 2012, e M.A. pela U.C. Davis em 2015.

**Ilana Andretta**, Professora adjunta do Programa de Pós-graduação e da graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), doutora em Psicologia, mestra em Psicologia Clínica, especialista em Terapia Cognitivo-comportamental e Terapeuta Certificada pela FBTC. Coordenadora do grupo de pesquisa ICCep da Unisinos e vice-coordenadora do GT “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” da ANPEPP. E-mail: ilana.andretta@gmail.com

**Itamar José Félix Junior**, Psicólogo, graduado pela Universidade Federal de Rondônia. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Rondônia, na linha de pesquisa de Saúde e Processos Psicossociais. Doutorando em Psicobiologia, na Linha de Pesquisa de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas (MESAD) na Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Membro do Núcleo de Pesquisas em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) da UNIFESP. Possui experiência em pesquisa, extensão e atendimento clínico referente ao uso problemático de álcool e outras drogas. E-mail: felix.itamar@unifesp.br

**Jéssica Limberger**, Psicóloga clínica e mestra em Psicologia Clínica. Doutoranda em Psicologia Clínica na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Bolsista CAPES/ PROSUC. Professora do Curso de Psicologia da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI). Membro do Grupo de Trabalho (GT): “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” da ANPEPP. E-mail: jessica.limberger.psi@gmail.com

**José Antônio Spencer Hartmann Júnior**, Psicólogo (ESUDA), Mestre em Psicologia Clínica (UNICAP), Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento

(UFPE), Pós-doutor em Ciências da Saúde (FMACB), professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco - UPE, fundador e líder de pesquisa do Grupo de Estudos Sobre Saúde Mental do Idoso, vinculado ao CNPq. E-mail: jose\_spencer@yahoo.com.br

**Juliana Furtado D'Augustin**, Psicóloga com formação em terapia cognitivo-comportamental. Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Psicóloga do Núcleo de Assistência e Pesquisa em Transtornos Alimentares da Policlínica Piquet Carneiro/UERJ. Professora do Mestrado Profissional em TCC da Universidade Salgado de Oliveira. E-mail: julidaugustin@yahoo.com.br

**Milton J. Cazassa**, Ph.D. Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS, 2002), titulou-se Doutor pela PUCRS (2019) com estágio de doutoramento no Laboratory for Stress Assessment and Research, inserido no Cousins Center for Psychoneuroimmunology, localizado no Departamento de Psiquiatria e Ciências Biocomportamentais da Escola Médica da Universidade da Califórnia Los Angeles (UCLA). Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS, 2007) e Especialista em Psicologia Clínica (Conselho Federal de Psicologia, 2018), é membro efetivo e coordenador de projetos do Laboratory for Stress Assessment and Research (UCLA) desde 2017, além de Pesquisador Associado do Grupo de Pesquisa Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitiva e Comportamental (GAAPCC/PUCRS). Além disso, atualmente é psicólogo concursado das Prefeituras de Eldorado do Sul/RS e Gramado/RS (Brasil), Professor de Psicologia da Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) e cofundador do projeto Gentilmente. E-mail: milton.cazassa@gmail.com

**Nathália Soares Ribeiro**, Psicóloga. Mestre e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialização em Neuropsicologia pelo Centro de Diagnóstico Neuropsicológico - São Paulo (CDN/SP). E-mail: nsribeiroufjf@gmail.com

**Paulo de Tarso Monteiro de Albuquerque Melo**, Psicólogo e psicoterapeuta graduado em 2008 pela UNICAP. Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica pela UNICAP. Com experiência em políticas públicas sobre drogas, é docente e trabalha enquanto consultor de projetos na área. Membro da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), já foi Formador Federal de Prevenção pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ/SENAD) e atualmente é Diretor Clínico do ASSISTA - Assessoria e Assistência Terapêutica em Dependência Química. E-mail: paulodetarso\_pt@hotmail.com

**Paulo Renato Vitória Calheiros**, Psicólogo e psicoterapeuta graduado em 2008 pela UNICAP. Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica pela UNICAP. Com experiência em políticas públicas sobre drogas, é docente e trabalha enquanto consultor de projetos na área. Membro da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD), já foi Formador Federal de Prevenção pela Fundação Oswaldo

Cruz (FIOCRUZ/SENAD) e atualmente é Diretor Clínico do ASSISTA - Assessoria e Assistência Terapêutica em Dependência Química. E-mail: paulocalheiros@unir.br

**Prisla Ücker Calvetti**, Psicóloga com especialização em Psicoterapia Cognitivo-comportamental pela Wainer. Mestre e Doutora em Psicologia pela PUCRS. Pós-doutorado em Medicina: Ciências Médicas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Professora substituta do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). E-mail: prisla.calvetti@gmail.com

**Raquel Ayres de Almeida**, Psicóloga, especialista em Terapia Cognitivo-comportamental, especialista em Psicologia da Saúde, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); Docente do Curso de Psicologia da Faculdade de Arthur de Sá Earp (FASE), Petrópolis/RJ; Docente no Mestrado Profissional em Terapia Cognitivo Comportamental da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Niterói/RJ; membro do GT “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” ANPEPP. E-mail: quelayres@gmail.com

**Raquel de Melo Boff**, Psicóloga, especialista em Terapia Cognitivo Comportamental pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Pós-doutorado em Psicologia em andamento pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia da PUCRS; membro do grupo de Avaliação e Atendimento em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (GAAPCC) da PUCRS; membro do GT “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” ANPEPP; Conselheira do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRP/07) 2016-2019; Docente na Universidade de Caxias do Sul (UCS). E-mail: rmboff@hotmail.com

**Stèphanie Krieger**, Psicóloga. Terapeuta Cognitiva Certificada (FBTC) e com formação em Terapia do Esquema (Wainer/ISST). Mestre e doutoranda em Psicologia Social (UERJ). Docente do curso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá (UNESA). E-mail: stephanie.krieger@yahoo.com.br

**Suely de Melo Santana**, Doutora em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto-PT (FPCEUP). Psicóloga e mestra em Psicologia Cognitiva pela Universidade Federal de Pernambuco. Formação em TCC para crianças e adolescentes e curso de aprimoramento em TREC. Professora da Graduação e da Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco. Líder do Grupo de Pesquisa Família, Interação Social e Saúde. Professora colaboradora do Laboratório Ciberpsicologia e Humanidades Digitais. Ex-Presidente e Membro do Conselho Consultivo da Associação de Terapias Cognitivas em Pernambuco (ATC-PE). Membro da Diretoria da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro da ANPEPP - GT - Processos, Saúde e

Investigação na perspectiva Cognitivo-Comportamental. Parecerista ad hoc. E-mail: [suely.santana@unicap.br](mailto:suely.santana@unicap.br)

**Tânia Rudnicki**, Psicóloga, Doutora em Psicologia pela PUC/RS; Pós-doutorado em Psicologia da Saúde no William James Center for Research (WJCR), Instituto Superior de Psicologia Aplicada [https://www.linkedin.com/company/pucrs?trk=ppro\\_cprof](https://www.linkedin.com/company/pucrs?trk=ppro_cprof) ISPA/PT, pela Capes Foundation Ministry of Education Of Brazil-Brasília/DF – Brazil; Mestre em Psicologia Clínica pela PUC/RS; Terapeuta Certificada pela FBTC; membro do GT “Processos, saúde e investigação em uma perspectiva cognitivo-comportamental” ANPEPP; Itepsa – Instituto de Terapia Cognitiva em Psicologia da Saúde – Porto Alegre/RS. E-mail: [tania.rudnicki@gmail.com](mailto:tania.rudnicki@gmail.com)

**Vanessa Dordron de Pinho**, Psicóloga e Terapeuta Cognitiva Certificada pela FBTC. É Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). É Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UERJ e docente do Mestrado em TCC da Universidade Salgado de Oliveira. Trabalhou por nove anos como Psicóloga da Saúde pela Prefeitura de Angra dos Reis. E-mail: [vanessanessapsi@gmail.com](mailto:vanessanessapsi@gmail.com)