



Hérica Landi de Brito
Lorrane Ribeiro de Souza
(Organizadoras)

Psicologia

Neurociências e Comportamento:

estudos teóricos e aplicados



Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Hérica Landi de Brito
Lorrane Ribeiro de Souza
(Organizadoras)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

PSICOLOGIA, NEUROCIÊNCIAS
E COMPORTAMENTO: estudos
teóricos e aplicados

Editora CRV
Curitiba – Brasil
2022

Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV
Imagem da capa: Freepik.com_rawpixel.com | Freepik.com_GarryKillian
Revisão: Os autores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

P974

Psicologia, neurociências e comportamento: estudos teóricos e aplicados / Hérica Landi de Brito, Lorrane Ribeiro de Souza (organizadoras) – Curitiba : CRV: 2022.
246 p.

Bibliografia

ISBN Digital 978-65-251-3770-4

ISBN Físico 978-65-251-3771-1

DOI 10.24824/978652513771.1

1. Psicologia 2. Neurociências 3. Comportamento I. Brito, Hérica Landi de, org. II. Souza, Lorrane Ribeiro de, org. III. Título IV. Série.

CDD 150

CDU 159

Índice para catálogo sistemático

1. Psicologia - 150

2022

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004

Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV

Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV

Tel.: (41) 3039-6418 – E-mail: sac@editoracrv.com.br

Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Conselho Editorial:

Aldira Guimarães Duarte Domínguez (UNB)
 Andréia da Silva Quintanilha Sousa (UNIR/UFRN)
 Anselmo Alencar Colares (UFOPA)
 Antônio Pereira Gaio Júnior (UFRRJ)
 Carlos Alberto Vilar Estêvão (UMINHO – PT)
 Carlos Federico Domínguez Avila (Unieuro)
 Carmen Tereza Velanga (UNIR)
 Celso Conti (UFSCar)
 Cesar Gerónimo Tello (Univer. Nacional
 Trés de Febrero – Argentina)
 Eduardo Fernandes Barbosa (UFMG)
 Elíone Maria Nogueira Diogenes (UFAL)
 Elizeu Clementino de Souza (UNEB)
 Êlsio José Corá (UFFS)
 Fernando Antônio Gonçalves Alcoforado (IPB)
 Francisco Carlos Duarte (PUC-PR)
 Gloria Fariñas León (Universidade
 de La Havana – Cuba)
 Guillermo Arias Beatón (Universidade
 de La Havana – Cuba)
 Jailson Alves dos Santos (UFRJ)
 João Adalberto Campato Junior (UNESP)
 Josania Portela (UFPI)
 Leonel Severo Rocha (UNISINOS)
 Lúdia de Oliveira Xavier (UNIEURO)
 Lourdes Helena da Silva (UFV)
 Luciano Rodrigues Costa (UFV)
 Marcelo Paixão (UFRJ e UTexas – US)
 Maria Cristina dos Santos Bezerra (UFSCar)
 Maria de Lourdes Pinto de Almeida (UNOESC)
 Maria Lília Imbiriba Sousa Colares (UFOPA)
 Paulo Romualdo Hernandes (UNIFAL-MG)
 Renato Francisco dos Santos Paula (UFG)
 Rodrigo Pratte-Santos (UFES)
 Sérgio Nunes de Jesus (IFRO)
 Simone Rodrigues Pinto (UNB)
 Solange Helena Ximenes-Rocha (UFOPA)
 Sydione Santos (UEPG)
 Tadeu Oliver Gonçalves (UFPA)
 Tania Suely Azevedo Brasileiro (UFOPA)

Comitê Científico:

Andrea Vieira Zanella (UFSC)
 Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar (UNESP)
 Edna Lúcia Tinoco Ponciano (UERJ)
 Edson Olivari de Castro (UNESP)
 Érico Bruno Viana Campos (UNESP)
 Fauston Negreiros (UFPI)
 Francisco Nilton Gomes Oliveira (UFMS)
 Helmuth Krüger (UCP)
 Ilana Mountian (Manchester Metropolitan
 University, MMU, Grã-Bretanha)
 Jacqueline de Oliveira Moreira (PUC-SP)
 João Ricardo Lebert Cozac (PUC-SP)
 Marcelo Porto (UEG)
 Marcia Alves Tassinari (USU)
 Maria Alves de Toledo Bruns (FFCLRP)
 Mariana Lopez Teixeira (UFSC)
 Monilly Ramos Araujo Melo (UFCG)
 Olga Ceciliato Mattioli (ASSIS/UNESP)
 Regina Célia Faria Amaro Giora (MACKENZIE)
 Virginia Kastrup (UFRJ)

Este livro passou por avaliação e aprovação às cegas de dois ou mais pareceristas *ad hoc*.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	9
-------------------	---

Hérica Landi de Brito

José Eduardo Souza de Miranda

Nelson de Carvalho Filho

PREFÁCIO.....	13
---------------	----

Rosa Maria Martins de Almeida

CAPÍTULO 1

PROTOCOLO ESTRUTURADO DE MANEJO DA INSÔNIA A PARTIR DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO	15
--	----

Ana Carolina Aquino de Sousa

Thâmila Alexandra Moreira Silva de Melo

Ueliton dos Santos Gomes

CAPÍTULO 2

PROTOCOLO ON-LINE E EM GRUPO, BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO, PARA O MANEJO DO LUTO DECORRENTE DA COVID-19.....	39
--	----

Aline Rocha de Sousa Ramos

Ana Carolina Aquino de Sousa

CAPÍTULO 3

EFEITOS DE UM PROTOCOLO ON-LINE BREVE DE ACT EM UM CLIENTE COM ANSIEDADE DE DESEMPENHO	75
---	----

Ana Carolina Aquino de Sousa

Ruama Silva de Queiroz

CAPÍTULO 4

FRUSTRAÇÃO E O RISCO DE RECAÍDA NO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: uma revisão integrativa de literatura	101
--	-----

Natália Fraport Rosmann

Rosa Maria Martins de Almeida

CAPÍTULO 5

VIOLÊNCIA E AGRESSIVIDADE NA PERSPECTIVA DA NEUROCIÊNCIA.....	123
--	-----

Lorrane Ribeiro de Souza

Rosa Maria Martins de Almeida

CAPÍTULO 6

IMPLICAÇÕES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS ASSERTIVAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR E NOS RESULTADOS ORGANIZACIONAIS	131
--	-----

Maria Virgínia de Carvalho

CAPÍTULO 7	
PROCESSO DE FISCALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE GOIÁS	147
<i>Ana Lourdes de Castro Schiavinato</i>	
CAPÍTULO 8	
EVOLUÇÃO DO PERFIL NEUROPSICOLÓGICO NA SÍNDROME DE CADASIL – UM ESTUDO DE CASO	159
<i>João Paulo Moreira Di Vellasco</i>	
CAPÍTULO 9	
NEUROCIÊNCIA NA EDUCAÇÃO – DIMENSÃO EPISTEMOLÓGICA DO PROJETO NEUROMIL	175
<i>Cristina Novikoff</i>	
<i>Carlos Alberto Schettini Pinto</i>	
<i>Marcio Vieira Xavier</i>	
<i>Sergio Pavanelli Trindade</i>	
<i>Tigernaque Pergentino de Sant'ana Junior</i>	
CAPÍTULO 10	
TREINO DISCRIMINATIVO DO ENSINO DE ESCREVER COM UM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO COM AUTISMO E PARALISIA CEREBRAL – UM CASO CLÍNICO	189
<i>Jhessyca Aline Rodrigues Franco</i>	
<i>Ueliton dos Santos Gomes</i>	
CAPÍTULO 11	
IMPACTO NA PERCEPÇÃO DE APOIO SOCIAL E DESEMPENHO COGNITIVO DE IDOSOS EM UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA.....	207
<i>Izabella Cristina Carneiro Vaz</i>	
<i>João Paulo Moreira Di Vellasco</i>	
<i>Maria Virginia de Carvalho</i>	
CAPÍTULO 12	
BREVE HISTÓRICO SOBRE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL	221
<i>Alessandro Simões Marinho</i>	
<i>Valéria Marques de Oliveira</i>	
ÍNDICE REMISSIVO	237
SOBRE AS ORGANIZADORAS E AUTORES(AS)	241

APRESENTAÇÃO

*Hérica Landi de Brito*¹

*José Eduardo Souza de Miranda*²

*Nelson de Carvalho Filho*³

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

P*sicologia, Neurociências e Comportamento: estudos teóricos e aplicados* corresponde a uma produção intelectual vinculada ao curso de Psicologia do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA), instituição de Ensino Superior localizada na cidade de Goiânia.

Tal instituição é mantida pelo Centro Educacional Alves Faria Ltda., empresa da divisão de Ensino do Grupo José Alves, fundado em 1962, com atuação em diversos segmentos de mercado no Estado de Goiás e que nos anos 2000 diversificou suas áreas de atuação por meio da entrada no setor de educação com o objetivo de formar executivos de alto desempenho para os desafios e atendimento das necessidades emergentes da sociedade.

Em atenção à relevância social dos processos de formação profissional avançada para o desenvolvimento sustentável do país e que requerem o estreitamento das relações entre as universidades e outros setores da sociedade, o UNIALFA surge, então, no cenário da Educação Superior com a missão de suprir a crescente demanda local e regional de formação de profissionais qualificados e de excelência reconhecida pelo mundo do trabalho capazes de promover a implementação de práticas inovadoras voltadas para o desenvolvimento da região Centro-Oeste com equidade social.

Nesta direção, o curso de Psicologia da UNIALFA tem o compromisso de contribuir para o fomento de atuações profissionais que promovam a autonomia e desenvolvimento das potencialidades dos sujeitos e da comunidade e a participação social em prol da garantia dos direitos humanos para o enfrentamento de tantos processos de exclusão que imperam em nosso país ao longo de sua história.

Por isso, a proposta de publicação deste livro representa mais um passo na concretização de um projeto institucional amplo e que vem sendo implementado pelo curso de Psicologia ao longo dos seus 15 anos de existência. Tal projeto parte de concepções político-pedagógicas amparadas no papel

1 Coordenadora da Graduação em Psicologia do Centro Universitário Alves Faria.

2 Diretor da Escola de Negócios, Saúde, Politécnica e Ensino Médio do Centro Universitário Alves Faria.

3 Reitor da ALFA Educação.

social das universidades e na correspondente preocupação com um ensino de qualidade comprometido com o trinômio ensino-pesquisa-extensão visando sempre contemplar uma formação técnica indissociada da científica e comprometida com a disseminação do conhecimento, para além do fomento à produção. Nesse sentido, alinha-se a uma concepção educativa que privilegia a produção de conhecimento por meio de procedimentos sistematizados de investigação científica como fundamentação imprescindível para todo e qualquer exercício profissional crítico pautado em princípios éticos e socialmente comprometidos com a transformação de realidades.

O lançamento deste livro ocorreu no ano em que comemoramos o bicentenário da independência do nosso país e celebramos os 60 anos de regulamentação da profissão de psicologia no Brasil. Apesar das conquistas em termos de amplitude e abrangência de serviços prestados à sociedade e, em decorrência, a ampliação do campo de trabalho do psicólogo em diferentes contextos de atuação, ainda há muito que avançar para atuarmos criticamente em processos e práticas enfrentando uma tradicional homogeneização, normatização, patologização e medicalização de questões sociais e da diversidade humana encontradas nas perspectivas hegemônicas individualizantes da Psicologia.

Esta obra corresponde a uma coletânea de doze artigos científicos de caráter teórico e aplicado desenvolvidos em nível de graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu*.

No âmbito da graduação, cita-se a publicação de quatro trabalhos finais de conclusão do curso de Psicologia da UNIALFA que correspondem a artigos científicos que descrevem uma contribuição técnica, proposta ou relato de intervenção profissional fundamentadas nos avanços das ciências psicológicas em sua pluralidade teórica, epistemológica e metodológica. Em função do recorte temático definido para essa obra, foram selecionados para compô-la aqueles vinculados a projetos do grupo de pesquisa do referido curso denominado “Ciências do comportamento e saúde”. Tal grupo, cadastrado no CNPq desde 2018 consolida atividades de pesquisa e extensão voltadas para o desenvolvimento de tecnologias aplicadas a partir do referencial teórico da análise do comportamento.

Além da divulgação e valorização da produção de conhecimento científico desenvolvida internamente, mais recentemente o curso de Psicologia tem procurado consolidar e expandir suas interações acadêmico-científicas em diferentes âmbitos com programas de pós-graduação *stricto sensu* de outras instituições de modo que este livro também abarca quatro estudos desenvolvidos por pesquisadores vinculados a estes. Trata-se do Centro de Estudos de Pessoal e Forte Duque de Caxias; do Programa de

Pós-Graduação em Neurociências da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

O livro conta ainda com três reflexões de práticas profissionais desenvolvidas por psicólogos, sendo dois de professores do curso de Psicologia da UNIALFA e que concebem a própria atividade técnico-profissional do psicólogo como um campo permanente de pesquisa e produção do conhecimento na medida em que esta embasa imprescindivelmente sua prática. Estas correspondem a ações de inovação quanto à atuação de modo crítico, sólido, responsável, sustentável e, contextualizado diante de novas demandas do exercício profissional e principalmente condizentes com a realidade social e coerente com suas necessidades.

De modo geral, os capítulos contemplam o desenvolvimento de pesquisas científicas teóricas e aplicadas situadas na interface entre psicologia, neurociências e comportamento em uma perspectiva interdisciplinar e na fronteira de inúmeras outras áreas de conhecimento e atuação profissional e apresentam contribuições para a construção de novos saberes que sustentam práticas profissionais inovadoras em Psicologia, potencializadoras do desenvolvimento biopsicossocial de indivíduos, grupos e instituições e perpassam pelo desenvolvimento de tecnologias críticas, criativas e inovadoras voltadas para a promoção de saúde, bem-estar, condições de aprendizagem e desenvolvimento humano para atender demandas emergentes no âmbito das práticas profissionais contemporâneas relacionadas as novas inserções do psicólogo em contextos profissionais mais amplos de modo contextualizado, sistêmico e transdisciplinar.

Estas apresentam perspectivas de compreensão e intervenção inovadoras no âmbito das práticas profissionais voltadas à solução de problemas humanos relacionados à promoção de saúde e bem-estar e de processos de ensino e aprendizagem. Entre eles, cita-se: o desenvolvimento e aplicação de protocolos comportamentais aplicados à saúde voltados para o manejo da insônia; do luto e de transtornos de ansiedade de desempenho; a avaliação e reabilitação neuropsicológica em transtornos do neurodesenvolvimento, neurocognitivos e de abuso de substâncias assim como aplicados à população idosa; a apresentação de possibilidades de aplicação das neurociências em soluções educacionais e explanação dos processos neurobiológicos envolvidos em situações de violência e agressividade; o relato de experiência profissional relacionada à fiscalização e desinstitucionalização da saúde mental no Estado de Goiás e, reflexões teóricas acerca da saúde no trabalho e do trabalhador.

Por fim, com muita convicção na competência dedicada à produção científica e de inovação tecnológica dos autores que compõem essa obra expressamos nossos sinceros agradecimentos e reconhecimento a cada um que colaboraram com escritas pertinentes que compõem os capítulos deste livro e transmitem o saber e o fazer da Psicologia. Assim, como aqueles que apoiam a consolidação do curso no âmbito institucional e que celebram conquistas e propostas que reafirmam nosso compromisso em avançar, construindo uma ciência que dialoga com e para os diversos setores da sociedade a partir de concepções críticas e reflexivas acerca dos desafios contemporâneos na formação do psicólogo no Brasil alinhadas às necessidades sociais contemporâneas.

PREFÁCIO

Rosa Maria Martins de Almeida

Este livro traz teorias, métodos e aplicações atuais com os quais vários laboratórios e departamentos vem trabalhando no Brasil. Embora, os artigos representem uma amostra da diversidade do que é a área da Psicologia, o seu objetivo é oferecer à comunidade acadêmica e científica uma obra com múltiplas temáticas.

Este livro é destinado a pesquisadores, estudantes de graduação e pós-graduação em Psicologia e áreas afins, como educação, medicina, e saúde pública, entre outras.

Conta com oito capítulos de autores brasileiros, pesquisadores líderes em suas áreas no contexto nacional e internacional.

Esta obra demonstra a maturidade da produção brasileira e com destaque do CENTRO UNIVERSITÁRIO ALVES FARIA, cujas organizadoras Hérica Landi de Brito e Lorrane Ribeiro de Souza são psicólogas muito dedicadas com a produção do conhecimento.

Aproveitem muita a leitura e sigam estimulando novos aprendizados, pois isto que é importante nas nossas vidas!

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 1

PROTOCOLO ESTRUTURADO DE MANEJO DA INSÔNIA A PARTIR DA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO

*Ana Carolina Aquino de Sousa
Thâmila Alexandra Moreira Silva de Melo
Ueliton dos Santos Gomes*

Os experimentos científicos sobre o sono tiveram seu início há pouco mais de meio século. Até então, grande parte das pessoas acreditavam que o sono fosse apenas um recorte de nosso dia, com aspectos passivos e inativos. A busca para entender esse mecanismo foi avançando durante o século XX e comprovando que o cérebro também se mantém com as funções ativas mesmo durante a noite, afetando diretamente o desempenho diário e a saúde física e mental das pessoas em qualquer etapa do ciclo vital (Teixeira, Real, Silva, Padilha, Martins, Aguiar, Rangel, Eduardo, Faria, Correia, Linhares, Silva & Neto, 2020). Desta forma, uma nova área da medicina se desenvolveu e se consolidou: a medicina do sono.

A psicologia /com a responsabilidade de construir e atuar a partir de práticas baseadas em evidências, também acompanhou nas últimas décadas os estudos da medicina do sono. Um dos tratamentos não farmacológicos mais eficazes tem sido a Terapia Cognitivo Comportamental para Insônia (TCCI), proporcionando efeitos positivos tanto no final do tratamento quanto no acompanhamento (Lappalainen, Langrial, Oinas-Kukkonen, Muotka & Lappalainen, 2019). Porém, segundo El Rafihi-Ferreira, Morin, Toscanini, Neto, Brasil, Gallinaro, Borges, Conway e Hasan (2020), mesmo que muitos pacientes tenham obtido experiências positivas com a TCCI, outros não respondem de forma benéfica a essa modalidade de intervenção.

As evidências que relacionam a TCCI no tratamento para insônia possuem cerca de 30 anos e, desde os anos 90, percorreu um caminho de ascensão. Segundo a revisão de literatura de Morin, Bootzin, Buysse, Edinger, Espie Lichstein *et al.* (2006), que buscou atualizar essas evidências entre os anos de 1998 e 2004, a partir de uma metodologia composta pela sistemática revisão de 37 estudos, concluiu-se que 26 estudos entre esse total, apresentaram relatos de dados demonstrando melhoras aos pacientes que sofrem com insônia, no acompanhamento realizado um mês após a conclusão do tratamento.

Além de estudos que documentam ainda mais a eficácia do tratamento para a insônia a partir da TCCI ao longo de seu fortalecimento, estudos recentes indicam que o tratamento também é eficaz para a insônia associada a algumas condições médicas e psiquiátricas. Atualmente, a TCCI tem produzido melhoras para os clientes insones mesmo com presença de comorbidades, como depressão e ansiedade (Luik, Bostock, Chisnall, Kyle, Lidbetter, Baldwin & Espie, 2017).

Uma vez que sintomas noturnos e diurnos presentes na insônia, como por exemplo, a ruminação de preocupações e problemas diários bem como o receio de não dormir, podem contribuir para um quadro mais longo de perturbação do sono (Lappalainen *et al.*, 2019), a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), com intervenções comportamentais focadas na promoção da flexibilidade psicológica, surge como uma abordagem alternativa, ao trabalhar a aceitação de pensamentos e sentimentos e focar em ações alinhadas aos valores, ensinado o cliente a abandonar a luta para controlar os sintomas apresentados (El Rafihi-Ferreira *et al.*, 2020).

A ACT aplicada à insônia, juntamente com a TCCI, são as que possuem técnicas com maior destaque para atender a essa demanda e que vem evoluindo acompanhando os estudos da medicina do sono, acumulando a partir de então evidências de tratamento eficaz para essa demanda (Taylor, Hailes & Ong, 2015).

A ACT visa diminuir o sofrimento e aumentar o bem-estar por meio de seis processos centrais de mudança que compõe o que se chama de flexibilidade psicológica (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021). Desde que o primeiro estudo sobre ACT foi publicado (Zettle & Hayes, 1986), mais de 325 randomizados ensaios controlados foram conduzidos (Hayes, 2019). De suas sementes na América do Norte, a proliferação de ensaios sobre ACT resultou em estudos empíricos na América do Sul, na Europa, na Ásia, na África e na Austrália. Este crescimento impressionante foi acompanhado por resultados positivos, com a maioria dos estudos relatando resultados que favorecem a ACT. Foi desenvolvida por Steven C. Hayes e colaboradores no ano de 1987. Desde então, muitas pesquisas e protocolos foram desenvolvidos para os mais diversos tipos de problemas e hoje já estão disponíveis algumas meta-análises que avaliam positivamente o status empírico da ACT para diversas condições psicopatológicas (Gloster, Walder, Levin, Twohig & Karekla, 2020; Jansen, Gleeson, Bendall, Rice & Alvarez-Jimenez, 2020; Philip & Cherian, 2021).

A promoção dos processos de flexibilidade psicológica, descritos na ACT, também têm apresentado resultados importantes em queixas de insônia e qualidade do sono. Um estudo realizou, pela primeira vez, uma revisão sistemática dos efeitos da ACT na melhoria da qualidade de sono (Salari, Khazaie, Hosseinian-Far, Ghasemi, Mohammadi, Shohaimi & Hosseinian-Far, 2020). Os artigos foram pesquisados nos bancos de dados PubMed, Web of Science

(WOS), biblioteca Cochrane, Embase, Scopus, Science Direct, ProQuest, Mag Iran, Irandoc e Google Scholar, sem um limite de tempo inferior, e até abril de 2020.

Depois de avaliar 1.409 estudos coletados, 278 estudos repetitivos foram excluídos. Dos artigos restantes, 1112 outros estudos foram excluídos e, finalmente, um total de 19 estudos de intervenção foram incluídos no processo de revisão sistemática. Nos 19 artigos restantes, uma amostra de 1.577 pessoas foi avaliada para insônia e qualidade do sono. As intervenções para aumentar a flexibilidade dos pensamentos dos pacientes, e a manutenção da atenção plena, afetaram positivamente a qualidade do sono (Salari, Khazaie, Hosseini-Far *et al.*, 2020).

Em um recente estudo, Paulos-Guarnieri, Linares e El Rafihi-Ferreira (2022) apresentam a ACT como uma terapia muito promissora, porque visa melhorar a flexibilidade psicológica em vez de focar no controle do sofrimento. Os autores avaliaram, a partir de uma revisão sistemática da literatura, os níveis de evidências e as características das intervenções, usando-se de ferramentas da ACT no contexto de insônia. Utilizaram como método as bases do banco de dados do acervo das plataformas PubMed, PsycInfo e Scopus. Os autores pesquisaram artigos publicados em inglês, até maio de 2021 e sem restrição quanto ao ano de publicação, que fizessem uso de intervenções baseadas em ACT para insônia. Cento e cinco artigos foram encontrados, sendo onze incluídos na revisão bibliográfica, dos quais sete estudos combinam ACT com comportamento e componentes cognitivos, enquanto os outros quatro usaram apenas ACT. Os resultados mostraram que a ACT reduz as características graves da insônia e proporciona melhores padrões de sono, podendo ser aplicada em variados formatos e com diferentes modelos de intervenção.

Em uma pesquisa, realizada em 2010, ainda nos estágios iniciais de tentar implementar a ACT como tratamento alternativo e/ou complementar à TCCI, a partir de um estudo de caso, cujo objetivo inicial era entender e descrever as maneiras possíveis de integrar os princípios e técnicas da ACT à TCCI no tratamento de insônia, a fim de aumentar a adesão e aceitabilidade, os pesquisadores concluíram que esta integração produz melhores efeitos tanto quantitativos como qualitativos. Ao oferecer uma variedade de exercícios experienciais e metáforas, destinados a promover a aceitação de experiências privadas a partir da desfusão cognitiva, o cliente desenvolveu maior disposição para acolher a situação atual, maior engajamento e compromisso para realizar mudanças comportamentais, alinhadas aos seus próprios valores (Dalrymple, Fiorentino, Politi & Posner, 2010).

Os protocolos baseados em ACT têm apresentado resultados como: redução na gravidade da insônia e promoção de maior flexibilidade psicológica, conforme revisão de Paulos-Guarnieri *et al.* (2022). De acordo com as

diversas evidências de intervenção da ACT no tratamento da insônia, bem como com a possível contribuição para a expansão desta área de conhecimento e sua aplicabilidade, o objetivo deste trabalho foi desenvolver um protocolo *on-line*, breve e em grupo, baseado em ACT, a fim de observar os efeitos das intervenções no manejo da insônia.

Método

Foi desenvolvido um protocolo *on-line* breve baseado em ACT, de oito sessões. Embora tenha sido construído previamente ao início da aplicação do protocolo, houve abertura a possíveis necessidades de adaptações, conforme a necessidade dos clientes. Por se tratar de um protocolo breve, as intervenções foram escolhidas focadas na demanda da insônia.

A metodologia utilizada foi a qualitativa, que direciona seu foco para a interpretação das realidades subjetivas em contextos sociais. Os estudos com caráter qualitativo têm como processo levantar os dados e posteriormente fundamentar a interpretação detalhada (Bauer & Gaskell, 2004).

Participantes e local

Os clientes procuraram pelo atendimento psicológico a partir de um folder divulgado pelas redes sociais que apresentava o grupo terapêutico com foco no tratamento da insônia e convidava os interessados a passarem por uma triagem.

Participaram do estudo 2 (duas) pessoas que sofrem com insônia há mais de 6 (seis) anos. Ambos os nomes foram alterados para fins de preservação de suas identidades.

A primeira é a Clarice (nome fictício), 20 anos, casada, cursando ensino superior. Não estava trabalhando no momento da participação no grupo. Morava com seu esposo e não tinha filhos. Clarice foi motivada a buscar pelo tratamento devido ao sofrimento frequente relacionado à insônia, apresentando dificuldade em iniciar o sono, associado a crises de pânico. Posteriormente, passou por uma triagem prévia a partir de uma entrevista, para verificar se ela enquadrava nos Critérios Diagnósticos da Insônia, segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3) (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

O outro participante foi Benício (nome fictício), 25 anos, solteiro, cursando ensino superior. Também não estava trabalhando naquele momento e morava com a sua família. O cliente procurou pelo atendimento se queixando de dificuldades em iniciar o sono durante a noite. Posteriormente, também passou por triagem prévia a partir de uma entrevista, para verificar se ele

enquadrava nos Critérios Diagnósticos da Insônia, segundo a Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3) (American Academy of Sleep Medicine, 2014).

As intervenções ocorreram com atendimentos psicoterapêuticos em ambiente *on-line*, a partir da plataforma Zoom que fornece serviços de conferência remota. O ambiente era seguro e acolhedor, disposto a partir de câmeras sempre com acesso liberado a todos os presentes, que incluía os dois clientes participantes, cinco estagiários do último ano do curso de Psicologia, supervisionados pela professora psicóloga supervisora (primeira autora).

Instrumentos e materiais

Após passar pela triagem e atendidos os critérios diagnósticos da Insônia, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como instrumentos de análise antes e pós-intervenção, selecionaram-se 5 (cinco) instrumentos norteando o início e o fim do processo terapêutico:

- Índice de gravidade da insônia (IGI) (Morin, 1993): O questionário avalia e mensura a gravidade atual da insônia. É um questionário breve e simples, composto por 7 itens com 5 alternativas possíveis, sendo 28 sua pontuação máxima, caracterizando uma insônia muito grave. Os pontos que classificam a gravidade da insônia são, a ausência de insônia significativa de 0 a 7 pontos; limite inferior para insônia entre 8 e 14; insônia clínica moderada de 15 a 21; e insônia clínica grave entre 22 e 28 pontos somados. O alvo do IGI é basicamente mensurar a percepção do cliente, avaliando os sintomas e consequências da insônia e o grau de preocupação e estresse pelas dificuldades com o sono.
- Questionário de Aceitação e Ação (AAQ-II) (Hayes, Baer, Carpenter, Guenole & Orcutt et al., 2011): Considera como construto-alvo a aceitação, a esquivar experiencial e a inflexibilidade psicológica. Para avaliar esses processos, é constituído por 7 itens, aos quais os submetidos devem classificar cada afirmação numa escala Likert de 7 pontos, variando de 1 (nunca verdadeiro) a 7 (sempre verdadeiro). Quanto mais altas são as pontuações, maiores são os níveis de inflexibilidade psicológica.
- Questionário de Valores (VLQ) (Wilson, Sandoz & Kitchens, 2010): Busca identificar as áreas da vida que são valorizadas pelas pessoas. O objetivo é mensurar a importância que uma concede para diferentes aspectos da sua vida, e o quanto esses valores são con-

dizentes com as suas ações. O instrumento apresenta inicialmente 10 áreas que podem ser pontuadas entre 1 e 10 de acordo com a sua importância, e um segundo momento onde essas 10 áreas podem ser mensuradas entre 1 e 10 de acordo com o quanto as ações da última semana estiveram de acordo com a importância atribuída na primeira parte do questionário.

- Questionário de Perturbações do Sono (QPS) (Espie, Inglis, Harvey & Tessier et al., 2000): Avalia quatro fatores que compreendem a agitação, a hiperatividade mental, as consequências da insônia sobre o comportamento e a falta de prontidão para dormir. Ele busca identificar o padrão de sono a partir de 12 opções de comportamentos com respostas entre 1 e 5, dispostas com afirmações de nunca, raramente, às vezes, frequentemente e muito frequentemente.
- Escala de crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono (DBAS-10) (Conway, 2019), busca refletir, em sua versão abreviada do DBAS, as crenças e as atitudes das pessoas a respeito do sono. É composta por 10 afirmações que descrevem possíveis crenças e atitudes das pessoas sobre o sono, dispostas entre o quanto há discordância situada no extremo esquerdo e concordância no extremo direito, com as situações apresentadas que podem ser pontuadas entre o grau de 0 e 10.
- Para o tratamento comportamental da insônia, o diário do sono é uma importante ferramenta que consiste em um registro sistemático de observações sobre as noites de sono. Esse instrumento é registrado diariamente pela manhã e busca avaliar a quantidade de sono, quanto tempo a pessoa dormiu, e quantas vezes e por quanto tempo despertou durante a noite, com espaço também para registro dos cochilos feitos durante o dia (Guimarães, Lima & Souza, 2007).

Durante o processo terapêutico, foram utilizados ainda: vídeos, áudios e imagens para trabalhar cada processo de flexibilidade da ACT. Além disso, metáforas, vivências baseadas em ACT para o alcance de uma maior flexibilidade psicológica.

Procedimento

A seleção dos participantes foi realizada por meio de preenchimento da inscrição via formulário do *Google Forms*. Em seguida, foi realizada uma entrevista por meio de chamada de vídeo para melhor conhecimento do relato dos casos, aplicação de questionários para mensurar e direcionar sobre o nível do quadro de insônia, buscando também detalhar a relação dos clientes com seus valores, a

aceitação de seu estado de insônia e sua ação compromissada. Depois da avaliação de todos os dados e informações obtidas, foi agendado o início das sessões.

As 8 (oito) sessões de psicoterapia ocorreram semanalmente, com 1 hora e 30 minutos de duração cada. Logo na primeira sessão, procurou-se estabelecer um vínculo afetivo com os clientes, acolhendo-os em seus sofrimentos. Coletaram-se dados sobre a vida e o cotidiano deles, incluindo descrições detalhadas sobre seus comportamentos, sentimentos e pensamentos.

Abaixo, segue um resumo de todas as intervenções ACT realizadas neste protocolo, sessão a sessão, conforme cronograma expresso na Tabela 1:

Tabela 1

Quadro com descrição das 8 (oito) sessões realizadas

Sessão	Conteúdo Ministrado
1ª	I. Apresentação dos membros e da proposta do projeto, assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.
	II. Discutir os limites de confidencialidade.
	III. Apresentação dos participantes e momento de conexão com abertura para trocas de vivências.
	IV. Aplicação dos questionários – Insônia.
	V. Psicoeducação acerca da insônia (emoções, sentimentos, reações físicas, cognitivas e comportamentais, sono, ritmo circadiano).
	VI. Breve psicoeducação sobre o <i>mindfulness</i> + Higiene do sono + 01 Metáfora: "lama no vidro" (Fletcher, 2014).
	VII. Meditação Criada.
	VIII. 01 Exercício para casa (registro do diário do sono).
2ª	I. Retomada ao diário do sono.
	II. Avaliar a desesperança criativa.
	III. Metáfora: "homem em um buraco" (Fletcher, 2014).
	IV. 01 vivência <i>mindfulness</i> criada.
	V. Construir aliança com os membros, compartilhando com o grupo o que representa a metáfora do homem em um buraco para eles.
	VI. Tarefa de casa: Escrever o diário do sono e anotar ao longo da semana quais as pás que estão usando.
3ª	I. Retomar o exercício dos registros de Auto-observação proposto no encontro anterior e discutir.
	II. Revisar o diário do sono.
	III. Validação e Acolhimento.
	IV. Propor a prática de atenção plena: Meditação Abra suas mãos (criada pela segunda autora).
	V. Seguir com a desesperança criativa com a metáfora "o cabo de guerra" (Fletcher, 2014).
	VI. Tarefa de casa: Escrever o diário do sono e anotar ao longo da semana as situações que obteve consciência e soltaram ou tentaram soltar a corda.
4ª	I. Retomar o exercício proposto no encontro anterior e discutir
	II. Revisar o diário do sono.
	III. Trabalhar o princípio da aceitação.
	IV. Apresentar os 3 Ps de Spielman (Spielman, 1987).
	V. Metáfora do "polígrafo" e do "passageiro do ônibus" (Fletcher, 2014).
	VI. Meditação Criada.
	VII. Tarefa de casa: Escrever o diário do sono e tentar perceber ao longo da semana em quais momentos o controle será um problema e deixar seguir poderá ser uma solução.

continua...

Sessão	Conteúdo Ministrado
5ª	I. Retomar a tarefa de casa.
	II. Revisar o diário do sono.
	III. Explicar sobre o sofrimento sujo e sentimento limpo.
	IV. Metáfora: Duas escalas (Fletcher, 2014).
	V. Abordar vontade e aceitação.
	VI. Meditação Criada.
	VII. Tarefa de casa: Escrever o diário do sono e anotar ao longo da semana o que fizeram para se livrar de dor e sofrimento.
6ª	I. Retomar a tarefa de casa.
	II. Revisar o diário do sono.
	III. <i>Feedbacks</i> das experiências trocadas (Como estão saindo após os encontros, sugestões etc.).
	IV. Apresentar o eu como contexto e desfasão cognitiva
	V. Metáfora: Vivência das mãos.
	VI. Meditação: Rotulando Pensamentos e Folhas em um riacho (Fletcher, 2014).
	VII. Tarefa de casa: Escrever o diário do sono e observar ao longo da semana como fluem os pensamentos.
7ª	I. Retomar a tarefa de casa.
	II. Revisar o diário do sono.
	III. Apresentar valores e ação comprometida.
	IV. Metáfora: Convidado indesejado e Movendo-se atrás de um pântano (Fletcher, 2014).
	V. Meditação com foco em valores e ação comprometida: Metta e Tonglen (Fletcher, 2014).
	VI. Tarefa de casa: Escrever o diário do sono e responder novamente ao longo da semana os questionários sobre insônia.
8ª	I. Retomar a tarefa de casa.
	II. Apresentar os resultados dos questionários- Insônia.
	III. Fazer uma conclusão pedindo aos participantes que compartilhem a experiência sobre o diário e higiene do sono.
	IV. Abordar sobre a tarefa de casa, conhecer os valores de cada participante e o grau de importância para eles.
	V. Amarar esses valores de forma a contribuir para o enfrentamento da insônia e seus reflexos.
	VI. Metáfora: Poema "O dia de Verão" (Oliver, 2011).
	VII. Promover meditação criada e orientada em alguns dos valores que eles apresentaram.
	VIII. Despedidas entre os participantes.
	IX. 01 vivência final.

Conforme observado na Tabela 1, em algumas sessões foram apresentados algum conteúdo com a função educativa, abordando pontos como higiene do sono, fatores etiológicos da insônia, *mindfulness*; a partir da segunda sessão a revisão do diário do sono e outra tarefa de casa, logo no início da sessão; prática *mindfulness* em todas elas (retiradas de livros ou produzidas e/ou adaptadas pelos estagiários), bem como o uso de metáforas da ACT para trabalhar processos de flexibilidade psicológica. Para maiores informações conceituais e práticas sobre estes processos, consultar os manuais ACT, como Hayes, Strosahl e Wilson (2003); Fletcher (2014); Hayes e Hofman (2018); Hayes *et al.* (2021).

Resultados

Mediante os seis processos psicológicos compostos a partir do modelo clínico da ACT, descritos e distribuídos em oito sessões contidas no protocolo, optou-se por apresentar uma descrição breve sobre os resultados alcançados a partir da intervenção baseada na escuta e olhar da Terapia de Aceitação e Compromisso.

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados obtidos antes e depois da intervenção, referentes ao Índice de Gravidade de Insônia (IGI) dos clientes.

Tabela 2

Resultados do IGI antes e após a aplicação do protocolo de intervenção para ambos os participantes

N	Condição	Participantes			
		Clarice		Benício	
		Antes	Depois	Antes	Depois
A	Dificuldade em pegar no sono.	4. Muito grave	2. Moderado	3. Grave	2. Moderado
B	Dificuldade em manter o sono.	1. Leve	1. Leve	0. Nenhuma	0. Nenhuma
C	Problema de despertar muito cedo.	3. Grave	1. Leve	1. Leve	0. Nenhuma
2	Quanto você está satisfeito ou insatisfeito com o padrão atual de seu sono?	4. Muito insatisfeito	1. Satisfeito	3. Insatisfeito	1. Satisfeito
3	Em que medida você considera que seu problema de sono interfere nas suas atividades diurnas (por exemplo: fadiga diária, habilidade para trabalhar/executar atividades diárias, concentração, memória, humor etc.)	4. Interfere extremamente	2. Interfere de algum modo	2. Interfere de algum modo	1. Interfere um pouco
4	Quanto você acha que os outros percebem que o seu problema de sono atrapalha sua qualidade de vida?	3. Percebem muito	2. Percebem de algum modo	3. Percebem muito	1. Percebem um pouco
5	O quanto você está preocupado/estressado com o seu problema de sono?	3. Muito preocupado	0. Não estou preocupado	3. Muito preocupado	1. Um pouco preocupado

A Tabela 2 demonstra os resultados que ambos os participantes apresentaram no IGI, questionário que avalia a gravidade da insônia, e aborda pontos como a satisfação com o sono, a interferência do problema de sono nas atividades diárias, a percepção de terceiros para esse problema e o grau de preocupação com a insônia. Conforme pode-se observar na tabela acima, ao comparar os resultados antes e após a aplicação do protocolo, no que se refere à gravidade da insônia, Clarice somou anteriormente 22 pontos, no início, se enquadrando-se em “Insônia Grave”, e, posteriormente, somou 9, se

localizando em “Limite inferior para insônia”. Já o cliente Benício somou 15 pontos antes da aplicação do protocolo, se enquadrando em “Insônia Moderada”, e após a intervenção somou somente 6 pontos, o que representa “sem critério para insônia”. Verificou-se, portanto, que Clarisse e Benício saíram do quadro de insônia e apresentando melhoras na redução da gravidade dessa dificuldade de dormir, para suas vidas.

Seguindo nos demais instrumentos utilizados neste estudo, a Tabela 3 apresenta os resultados da aplicação do instrumento AAQ-II antes e após a intervenção com o protocolo.

Tabela 3

Resultados do AAQ-II antes e após a realização do protocolo para ambos os participantes

N	Condição	Participantes			
		Clarice		Benício	
		Antes	Depois	Antes	Depois
1	Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria	5. frequentemente	5. frequentemente	7. sempre	5. frequentemente
2	Tenho medo dos meus sentimentos	5. frequentemente	5. frequentemente	6. quase sempre	5. frequentemente
3	Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos	6. quase sempre	4. algumas vezes	7. sempre	4. algumas vezes
4	Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena	4. algumas vezes	4. algumas vezes	7. sempre	4. algumas vezes
5	Emoções causam problemas na minha vida	5. frequentemente	4. algumas vezes	6. quase sempre	4. algumas vezes
6	Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu	5. frequentemente	5. frequentemente	6. quase sempre	5. frequentemente
7	Preocupações atrapalham o meu sucesso	6. quase sempre	5. frequentemente	7. sempre	5. frequentemente

O AAQ-II aborda construtos como a aceitação, a esquivia experiencial e a inflexibilidade psicológica. De acordo com o que está descrito na Tabela 3, ambos os clientes tiveram uma alta pontuação variando entre 4 (Algumas vezes) e 7 (Sempre). Antes do processo clínico e a partir das respostas de Benício neste nesse instrumento, pode ser observado o quanto o cliente estava em sofrimento devido ao seu passado e as suas preocupações. Benício, antes de ser submetido as às estratégias do protocolo, somou 46 pontos

e após a intervenção esse número caiu para 31 pontos. Já Clarice, embora não assinalando com nota maior 7 em nenhuma das situações, apresentou também afirmações, durante as sessões iniciais, referentes às preocupações cotidianas e uma vivência fixada também no passado ou no futuro. Com relação à pontuação, antes somou 36 pontos, e após a intervenção diminuiu a pontuação para 32. Ambos os clientes demonstraram redução nos níveis de inflexibilidade psicológica e uma maior aceitação quanto às vivências e aos próprios sentimentos, além de um maior contato com o momento presente.

Abaixo, na Tabela 4, seguem as pontuações iniciais e finais no DBAS-10.

Tabela 4

Resultados do DBAS-10 antes e após a realização do protocolo

N	Condição	Participantes			
		Clarice		Benício	
		Antes	Depois	Antes	Depois
1	Eu preciso de 8 horas de sono para me sentir recuperado e funcionar bem durante o dia.	10	10	10	9
2	Quando não durmo uma quantidade de sono apropriada em uma determinada noite, preciso recuperar durante o dia seguinte com um cochilo ou na próxima noite dormindo mais horas.	10	6	9	5
3	Estou preocupado que a insônia crônica possa levar sérias consequências à minha saúde física.	4	7	10	6
4	Quando tenho problemas para pegar no sono ou retomá-lo após um despertar noturno, devo permanecer na cama me esforçando mais.	8	9	4	8
5	Estou preocupado que eu possa perder o controle sobre minhas habilidades para dormir.	5	4	8	5
6	Sei que uma noite pobre de sono interferirá em minhas atividades diárias.	10	10	10	10
7	Quando me sinto irritável, deprimido(a) ou ansioso(a) durante o dia, isso ocorre principalmente porque não dormi bem na noite anterior.	10	10	4	1
8	Quando tenho um sono pobre numa noite, sei que isso vai perturbar meu programa de sono pelo resto da semana.	9	5	8	8
9	Quando me sinto cansado(a), sem energia ou simplesmente pareço não funcionar bem durante o dia, geralmente, é porque não dormi bem a noite anterior.	10	9	4	3
10	Eu fico mergulhado(a) em meus pensamentos durante a noite e, com frequência, sinto não ter controle sobre a velocidade da minha mente.	10	9	10	5

O DBAS-10 é uma escala de crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono, na qual são apresentadas afirmações diversas que refletem as crenças e as atitudes sobre o sono, além da identificação de crenças sobre as consequências negativas imediatas e a longo prazo, e da necessidade de controle sobre

a insônia. As crenças sobre consequências negativas imediatas são demonstradas pela soma dos scores das respostas nas perguntas de número 1, 2, 6, 7 e 9, em que Clarice obteve um somatório de 50 antes da intervenção e 45 depois, e Benício somou nesse aspecto 37 antes e 28 depois. Já as crenças sobre consequências negativas a longo prazo são obtidas por meio da soma das respostas das afirmações de número 3, 5 e 8, em que Clarice somou 18 e depois 16, e Benício 26 e depois 19.

Com relação às crenças no que se refere à necessidade de controle sobre a insônia, que são obtidas por meio da soma das respostas de número 4 e 40, Clarice pontuou 18 antes do processo terapêutico e depois somou 13, e Benício somou 14 antes e 13 depois. Ambos os clientes reduziram suas pontuações nas crenças negativas e nas crenças relacionadas à necessidade de controlar a insônia.

A seguir, a Tabela 5 apresentada os resultados obtidos por meio do Questionário de Perturbação do Sono (QPS) aplicado antes e após as intervenções.

Tabela 5

Resultados obtidos no QPS aplicado antes e após as intervenções

N	Condição	Participantes			
		Clarice		Benício	
		Antes	Depois	Antes	Depois
1	Não consigo achar uma posição confortável na cama.	2	2	3	2
2	Minha cabeça fica pensando e repensando as coisas.	5	4	5	4
3	Não consigo ajustar meu padrão de sono em uma rotina apropriada.	3	3	4	3
4	Fico muito angustiado por não dormir.	4	3	5	3
5	Fisicamente, acho difícil me soltar e relaxar meu corpo.	3	2	5	3
6	Sei que uma noite pobre de sono interferirá em minhas atividades diárias.	5	3	5	3
7	Não me sinto suficientemente cansado na hora de ir para a cama.	2	2	3	3
8	Esforço-me demais para dormir.	5	3	4	3
9	Meu corpo está todo tenso.	4	3	5	3
10	Não consigo esvaziar minha mente.	5	3	5	3
11	Fico lendo/assistindo TV enquanto deveria estar dormindo.	3	3	5	3
12	Preocupo-me em não lidar bem com as coisas de amanhã se eu não dormir bem.	3	3	5	3

A partir deste questionário, observou-se 4 fatores dos quais o fator 1 mede a agitação, o 2 mede a hiperatividade mental, o 3 as consequências da insônia sobre o comportamento e o 4 a falta de prontidão para dormir. De modo geral, ambos os clientes mantiveram ou diminuíram as suas pontuações.

No fator 1, que representa a soma das questões 1, 3, 4, 5, 8, 10 e 12, Clarice obteve 21 pontos antes e 16 depois, e Benício somou 26 pontos antes e 17 pontos após a intervenção ACT. No fator 2, composto pela soma das afirmações 2, 6 e 10, que mostra a hiperatividade, Clarice e Benício pontuaram 15 antes e 10 após serem submetidos ao tratamento proposto pelo protocolo de insônia ACT. No fator 3, que avalia as consequências da insônia no comportamento, e composto pela soma das afirmações 11 e 12, Clarice manteve o fator 6 tanto antes como após e Benício pontuou 10 antes e 6 depois. Finalmente, no fator 4, que observa a falta de prontidão para dormir a partir da afirmação 7, Clarice pontuou 2 tanto antes como depois e Benício pontuou 3 antes e após.

Na Tabela 6, estão listadas áreas da vida que são valorosas para os clientes, medidas a partir do VLQ, antes e depois da intervenção proposta como recurso terapêutico para insônia e baseada nas técnicas da Terapia de Aceitação e Compromisso.

Tabela 6

Resultados do VLQ: Importância de cada área para a vida, antes e após a intervenção

N	Condição	Participantes			
		Clarice		Benício	
		Antes	Depois	Antes	Depois
1	Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos).	9	9	10	10
2	Casamento/companheiro/relacionamento afetivo.	10	10	10	10
3	Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel).	10	10	10	10
4	Amizades/relações sociais.	8	9	10	10
5	Trabalho/atividade laboral.	9	9	10	10
6	Educação/aprendizagem.	10	10	10	10
7	Lazer/Bem-estar.	9	9	10	10
8	Espiritualidade/sentido de vida/religião.	10	10	10	10
9	Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais).	9	9	10	10
10	Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir).	10	10	10	10

Observa-se que aqui Clarice manteve seus valores em fator igual de importância, passando a valorizar mais o item 4, que se refere às amizades e relações sociais. Já para Benício não houve alterações quanto ao que considerava importante tanto antes como após a intervenção.

Na Tabela 7 estão listados os graus de concordância das ações dos clientes com a importância de cada área valorosa da vida definida pela tabela anterior.

Tabela 7

Resultados do VLQ: Grau de concordância entre as ações e a importância de cada área para a vida, antes e após a intervenção

N	Condição	Participantes			
		Clarice		Benício	
		Antes	Depois	Antes	Depois
1	Relações familiares (não contando as relações com o cônjuge/companheiro ou com os filhos).	8	10	8	9
2	Casamento/companheiro/relacionamento afetivo.	9	10	9	8
3	Ser pai ou mãe (ou exercer esse papel).	9	10	9	8
4	Amizades/relações sociais.	7	8	7	8
5	Trabalho/atividade laboral.	8	8	8	8
6	Educação/aprendizagem.	9	10	9	8
7	Lazer/Bem-estar.	5	9	5	7
8	Espiritualidade/sentido de vida/religião.	6	9	6	8
9	Vida em sociedade/cidadania (direitos e deveres sociais).	9	8	9	10
10	Autocuidado físico (alimentação, exercício/atividade física, descansar/dormir).	6	9	6	8

A partir deste instrumento (VLQ) foi possível identificar que Clarice melhorou suas ações se aproximando ao que é valoroso para ela depois de vivenciar as etapas propostas pelo protocolo. Somente no item 9, que diz respeito à vida em sociedade, pontuou com um score menor após a intervenção e pode estar relacionado com o período de pandemia da Covid-19 que estamos vivenciando, uma vez que relatou na sessão que ainda não se sentia segura para voltar à vida normal.

Com relação ao outro participante, o Benício, também na maior parte das áreas avaliadas, apresentou uma maior aproximação de suas ações diante seus valores, pontuando com score menor após a intervenção somente nos itens 2, 3 e 6.

Benício pontuou com nota máxima todos os valores apresentados tanto antes como depois, obtendo após uma menor pontuação nas áreas que se referem a casamento, ser pai e com relação à educação que, assim como no caso de Clarice, podem ter relação com as mudanças impostas pela Covid-19 (segundo relatou na sessão), uma vez que o período em que foram realizadas as aplicações dos instrumentos ocorreu no final do ano de 2021.

Em contexto de pandemia, algumas ações referentes a valor em âmbito social foram diminuídas e impossibilitadas. Porém, a diminuição da aproximação com alguns valores dos clientes pode também estar relacionada com a tomada de consciência sobre seus reais valores, possibilidade essa também proposta e respaldada pelas intervenções da ACT.

Ambos os clientes se encontravam, antes do início do tratamento, em processo de esquiva diante de situações que os aproximavam de seus valores, porém após a intervenção conseguiram ter clareza de seus valores e passaram a agir de forma mais aproximada diante daquilo que é considerado valioso para cada um.

Abaixo, são apresentados alguns relatos dos clientes Clarice e Benício durante as 8 sessões, a fim de articular qualitativamente com os resultados dos questionários, em cada sessão:

Sessão 1: Nessa primeira sessão, foram realizadas a apresentação dos estagiários e da professora supervisora, do objetivo do grupo terapêutico e dos participantes.

Benício relatou problemas em começar a dormir, afirmou ficar muito ansioso, pensando demais, se sentindo inquieto, nervoso e preocupado. Ele relacionou sua ansiedade exacerbada a um trauma vivenciado onde seu pai alcoólatra fazia do ambiente familiar, principalmente durante a noite, um lugar de tensão e medo.

A cliente Clarice também trouxe a dificuldade em iniciar, descrevendo ainda, sentimento de intensa ansiedade em vários momentos do dia. Além disso, mencionou estar num período de depressão e ataques de pânico, que vinham ocorrendo com certa frequência. Afirmou que fazia uso de medicamentos para dormir e para ansiedade, mas que parou por conta própria há pouco tempo.

Diante da proposta de *mindfulness*, ambos os participantes afirmaram não ter esse hábito de prática diária, e que não conseguiram concentrar no momento guiado pois ficaram pensando em outras coisas durante a vivência. Foi então proposto que fizessem como tarefa de casa, a escrita no diário do sono e até a próxima sessão iniciar a prática *mindfulness*.

Sessão 2: A sessão iniciou com Clarice dizendo que a partir do exercício do diário do sono e da proposta da higiene do sono apresentados na sessão anterior, conseguiu apresentar mudanças comportamentais para melhorar sua qualidade de sono, deixando por exemplo de usar seu celular na cama. Já Benício, relatou que seu sono foi conturbado durante a semana e com muita irregularidade, causando mal-estar.

Como destaque dessa sessão e, a partir do uso do recurso da metáfora do homem em um buraco, ambos os participantes foram convidados a refletirem sobre as possíveis pás que podem estar usando e com isso prejudicando o quadro de insônia. Como um dos participantes trouxe que não conseguiu dormir bem durante a semana devido a morte de uma cantora da qual gostava e que ficou bastante impactado, ambos foram convidados a pensarem também como os acontecimentos externos influenciam no comportamento da insônia

e a importância de *mindfulness*, podendo até funcionar como uma escada para sair do buraco.

Sessão 3: Nessa sessão, ambos os clientes Benício e Clarice, narraram que perceberam o uso do celular na cama como uma das pás que estão usando. Ele disse que usava para assistir séries, mas que já estava diminuindo esse comportamento. Ela afirmou que já não estava mais o levando para cama na hora de dormir e já sentia uma certa melhora e que, em vez do uso do celular a noite, realizava meditações breves para treinar a atenção no aqui e agora.

O momento *mindfulness* dessa sessão compreendeu uma meditação guiada da autoria da segunda autora, que tinha como proposta “abrir as mãos e soltar a tentativa de controle”. Clarice se emocionou muito durante a vivência e após, relatou que seu pânico e insônia cabiam em sua mão. Afirmou ainda que estava melhor, percebia suas estratégias que a afundavam mais no buraco e que tinha o poder de sair dele. Via em *mindfulness* uma luz para deixar de fazer aquilo que só piorava o problema. Benício afirmou também ter gostado da prática *mindfulness* e que percebeu a insegurança e autocobrança como objetos fechados e presos em suas mãos, o que lhe gerava muita ansiedade.

Sessão 4: A quarta sessão iniciou com Clarice relatando os efeitos da prática de *mindfulness* no comportamento de dormir mais rápido em várias noites durante a semana. Mas, em uma das noites durante a semana, teve uma crise de pânico e não conseguiu dormir, nem meditar. Benício relatou que ainda estava com certa dificuldade em praticar *mindfulness* diariamente, e que nunca passava de dois minutos. Todavia, percebeu que quando conseguia, via melhoras significativas no tempo em que levava para iniciar o sono, o que faz muito sentido pois o treino da atenção no aqui e agora favorece o comportamento de entrega ao sono e a redução de estratégias de tentar controlar os eventos privados.

Tanto Clarice como Benício, afirmaram ter refletido sobre a metáfora do cabo de guerra apresentada na sessão anterior, e que nunca imaginaram que poderiam apenas soltar os problemas e não ficar puxando e lutando contra os monstros.

Ainda nesta sessão realizou-se a psicoeducação sobre o *self* como conteúdo e como contexto, e propôs, como de tarefa de casa, para que buscassem observar os próprios pensamentos, a fim de promover a desfusão cognitiva.

Sessão 5: Clarice compartilhou nessa quinta sessão ter descoberto que estava grávida e que estava feliz. Contudo, estava sofrendo com do que as pessoas próximas iriam dizer a ela. Permanecia utilizando as práticas *mindfulness* para se trazer de volta ao momento presente e a se conectar com aquilo que estava sentindo em relação à gravidez.

Benício falou sobre a sua frustração por não conseguir passar em nenhum processo seletivo para vaga de emprego, e disse que emitiu vários pensamentos negativos a seu respeito, por vários dias. Durante a semana, entretanto, tentou se afastar deles, focando no aqui e agora, para que pudesse aguardar pelos resultados dos processos seletivos que ainda não haviam saído. Um dia antes da sessão foi selecionado para uma vaga de estágio e estava muito feliz.

Nessa sessão apresentamos a metáfora da dona Joaquina para explicar e promover reflexões sobre a esquivia experiencial e o sofrimento sujo e limpo. Ambos perceberam como ficavam presos no sofrimento sujo e como isso aumentava a ansiedade e as tentativas de controlar seus pensamentos e sentimentos, o que influenciava negativamente seu sono e as preocupações cotidianas.

Sessão 6: Nessa sessão, abrimos para ouvir os *feedbacks* dos dois participantes, onde Benício afirmou estar tendo comportamentos mais amorosos consigo e melhorado muito em suas ações referentes a higiene do sono, e Clarice relata que a partir da vivência das meditações das sessões e do exercício em casa, estar conseguido diminuir a ansiedade, o medo e as preocupações exageradas.

Foram apresentados nessa sessão dois conceitos da ACT, “eu como contexto e desfusão cognitiva” e proposta a meditação rotulando pensamentos e folhas em um riacho. Benício afirmou ter se mantido observando o riacho e que seus pensamentos quase fugiram, mas ele conseguiu voltar rápido. Clarice, relatou que foi difícil a meditação, mas esteve tentando manter-se observando as imagens propostas para reflexão.

Sessão 7: Nesta sessão, abordou-se sobre valores e ações comprometidas. Cada participante apresentou questões consideradas valorosas em diferentes áreas da vida. A prática *mindfulness* foi baseada em valores. Eles escolheram e puderam acessar seus valores, e ambos afirmaram ter gostado deste momento. Conseguiram clarificar e priorizar áreas que lhe muito importantes e foram conduzidos a refletir sobre quais comportamentos poderiam realizar, ao longo da próxima semana, em direção a pelo menos uma das áreas valiosas.

Como tarefa de casa solicitou-se que respondessem novamente a todos os questionários aplicados no início do protocolo.

Sessão 8: Para esta última sessão, Benício não conseguiu estar presente devido a compromissos profissionais, mas respondeu, ao longo da semana, a todos os questionários conforme orientado no final da sessão anterior.

Conduziu-se a sessão, apresentando para Clarice a comparação dos resultados obtidos nos questionários aplicados antes e após as intervenções do protocolo para a insônia. Em seguida, realizou-se a última prática *mindfulness*

prevista no protocolo. Esta baseava-se nos valores apontados por Clarice, com ênfase no percurso a ser seguido em direção ao que lhe é importante.

A sessão foi finalizada com cada um comentando como havia sido a experiência da terapia em grupo. Todos os presentes deram um *feedback* muito positivo e a participante manifestou como as sessões ajudaram a estar mais presente, no dia a dia, a “abrir mão” do controle daquilo que não podia ser controlado (como pensamentos e sentimentos), que se via mais aberta a acolher as suas experiências internas aversivas e, principalmente, como todas estas mudanças impactaram de forma positiva no quadro de insônia.

Discussão

O protocolo utilizado foi adaptado do manual desenvolvido por Fletcher (2014) e incrementado pela obra de Hayes e colaboradores (Hayes *et al.*, 2003; Hayes & Hofman, 2018; Hayes *et al.*, 2021) para o manejo da insônia. Teve como objetivo principal observar os efeitos de um protocolo breve e *on-line* para a insônia, baseado na ACT, a fim de contribuir com a expansão desta área de conhecimento e possibilitar alternativas ao tratamento deste tipo de demanda, a partir da promoção de maior flexibilidade psicológica.

A partir dos dados apresentados concluiu-se que o protocolo produziu aspectos qualitativos positivos para o tratamento da demanda da insônia, a partir da promoção de maior flexibilidade psicológica dos clientes atendidos, o que corrobora com resultados encontrados em outras pesquisas (Dalrymple *et al.*, 2010; Daly-Eichenhardt Scott, Howard-Jones, Nicolaou & McCracken, 2016; Salari *et al.*, 2020; Paulos-Guarnieri *et al.*, 2022).

O protocolo trouxe em sua estrutura de 8 (oito) sessões aspectos que percorrem os processos propostos no hexaflex (aceitação, desfusão, self como contexto, contato com o momento presente, valores e ações comprometidas), a fim de proporcionar um modelo de flexibilidade cognitiva aos clientes Benício e Clarice, contando também com outros recursos e técnicas apresentadas pela ACT como metáforas e a prática *mindfulness*, além de associar as intervenções à psicoeducação direcionada à higiene do sono, ao controle de estímulos e restrição do sono para obtenção de resultados satisfatórios.

Os clientes melhoraram a capacidade de se conectar com o momento presente, a partir das práticas *mindfulness*; perceberam as estratégias infrutíferas que estavam usando e que só pioravam o problema da insônia, mostrando dispostos a largar as “pás” que aprenderam a usar; vivenciaram, ainda, maior aceitação das suas experiências internas, o que reduziu o sofrimento sujo, conforme descrito pela ACT; clarificaram seus valores e refletiram sobre como, muitas vezes, se distanciavam deles, ao ficarem emaranhados

nas suas experiência privadas (pensamentos e sentimentos negativos); praticaram a desfusão cognitiva como forma de mudar a relação com seus pensamentos e melhoraram esta habilidade. Adotaram ainda estratégias comportamentais mais saudáveis, ao se engajarem nas práticas de higiene do sono. Assim como nos resultados alcançados pelos trabalhos de estudo de caso dos autores El Rafihi-Ferreira *et al.* (2020) e pela revisão de literatura realizada com muito afincio pelos pesquisadores Paulos-Guarnieri *et al.* (2022), os resultados encontrados neste estudo também coincidiram com a melhora acentuada para os sintomas relacionados à redução da insônia, a partir de intervenções propostas e adaptadas da Terapia de Aceitação e Compromisso.

Ressalta-se ainda que Clarice e Benício também contribuíram para o alcance destes resultados satisfatórios. Demonstraram estar muito abertos para a relação terapêutica e apresentaram comportamentos de engajamento durante todo o processo, o que, de acordo com Müller (2010), é um destaque muito importante, pois o sucesso da intervenção das terapias comportamentais é alcançado devido à motivação e ao engajamento dos clientes.

Embora o método e os instrumentos usados pelas duas pesquisas citadas acima e por esta aqui realizada se afastem em determinados componentes escolhidos pelos autores para medir a resposta do tratamento baseado em ACT, segundo Paulos-Guarnieri, Linares e El Rafihi-Ferreira (2022), uma variedade de métodos e instrumentos usados para avaliar os principais processos ACT e o tratamento da insônia devem ser encorajados.

O conhecimento produzido por meio deste estudo, portanto, pode contribuir para o avanço na compreensão dos estudos que relacionam a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) com o tratamento da insônia, principalmente em solo brasileiro, fornecendo mais evidências tanto para a área da medicina do sono como também para a psicologia do sono.

A ACT assim como a TCC-I é um tratamento não farmacológico, e demonstrou, a partir dos resultados, ter potencial de proporcionar mudanças comportamentais que levam a melhoras para o quadro de sintomas e para a construção de maior flexibilidade psicológica, o que impacta tanto na melhoria da qualidade e quantidade de sono, como na melhoria da qualidade de vida, conforme encontrado também em revisão sistemática da literatura sobre o tema (Paulos-Guarnieri *et al.*, 2022).

Sendo também toda intervenção terapêutica conduzida a partir da aplicação de um protocolo para tratar a insônia em formato *on-line*, as evidências aqui encontradas colaboram para o fortalecimento desse modelo psicoterapêutico, com formato diferente na oferta de atendimento, mas com proposta também eficaz e ética. De acordo com Guerin (2021), no Brasil esse modelo de

intervenção ainda é uma prática em ascensão, devido a regulamentação recente em 2018, e as poucas pesquisas nacionais produzidas neste campo até então.

É importante ressaltar ainda algumas limitações encontradas sobre o estudo, dificuldades essas que compreendem principalmente a ausência de produções científicas que respaldem a relação entre ACT e insônia, em contexto global e principalmente local. Há uma deficiência de pesquisas em língua portuguesa a respeito de estudos de caso que confirmem e fortaleçam as evidências aqui encontradas, fazendo-se assim necessário que mais estudos de caso sejam realizados, aumentando, com isso, a credibilidade desse método.

Voltando para o problema original proposto, em que foi colocado o questionamento sobre se o protocolo baseado em ACT produziria melhoras no tratamento da insônia, a conclusão alcançada é de que o protocolo baseado na ACT apresentou aos clientes melhoria na demanda de sono, aumentou a qualidade de vida deles e demonstrou resultados favoráveis para o alcance da flexibilidade psicológica, corroborando com resultados analisados em outros estudos (Paulos-Guarnieri *et al.*, 2022).

REFERÊNCIAS

American Academy of Sleep Medicine. (2014). *International Classification of Sleep Disorders*. (3. Ed.). U.S.A.

Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2004). *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. (2. Ed.). São Paulo: Vozes.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., & Orcutt, H. K. *et al.* (2011). Propriedades psicométricas preliminares do questionário de aceitação e ação – II: uma medida revisada de flexibilidade psicológica e evitação experiencial. *Terapia Comportamental*, 42, 676-688.

Conway, S. G. Diários e escalas. In: Pinto, J. R., L. R.; Almeida, L. A.; Soster, L. M. S. F. A., & Santos-Silva, R. (2019). *Manual de métodos diagnósticos em medicina do sono*. Série Sono. Rio de Janeiro: Atheneu.

Dalrymple, K. L., Fiorentino, L., Politi, M. C., & Posner, D. (2010). Incorporating Principles from Acceptance and Commitment Therapy into Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia: A Case Example. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(4), 209-217.

El Rafihi- Ferreira, R., Morin, C. M., Toscanini, A. C., Neto, F. L., Brasil, I. S., Gallinaro, J. G., Borges, D. S., Conway, S. G., & Hasan, S. (2020). Acceptance and commitment therapy-based behavioral intervention for insomnia: a pilot randomized *controlled trial*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43, 504-509. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0947>.

Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L., & Tessier, S. (2000). Insomniacs' attributions: psychometric properties of the dysfunctional beliefs and attitudes about sleep scale and the sleep disturbance questionnaire. *Journal of psychosomatic research*, 48(2), 141-148.

Fletcher, L. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy for Insomnia Treatment Manual*. Nevada: Reno.

Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). O status empírico da terapia de aceitação e compromisso: uma revisão de meta-análises. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192.

Guerin, K. S. D. A. (2021). *Psicoterapia online no Brasil: revisão de escopo da literatura*. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/229556>

Guimarães, L. H. D. C. T., Lima, M. D., & de Souza, J. A. (2007). Atividade física em grupo melhora o sono de idosas sedentárias. *Revista Neurociências*, 15(3), 203-206.

Hayes, S. C. (2019). *State of the ACT evidence*. Association for contextual behavioral science. [s.d.] Retrieved. http://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence. (Accessed 29 January 2020).

Hayes, S. C., & Hofman, S. G. (2018). Modern CBT: Moving Toward Process-Based Therapies. *Brazilian Journal of Cognitive Therapies*, 14(2), 77-84.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York, NY: The Guilford Press.

Hayes, S. H., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de Aceitação e compromisso. O processo e a prática da mudança consciente*. (Tradução Sandra Maria Mallmann da Rosa). Porto Alegre: Artmed.

Jansen, J. E., Gleeson, J., Bendall, S., Rice, S., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Intervenções baseadas em aceitação e atenção plena para pessoas com psicose: uma revisão sistemática e meta-análise. *Pesquisa de esquizofrenia*, 215, 25-37.

Lappalainen, P., Langrial, S., Oinas-Kukkonen, H., Muotka, J., & Lappalainen, R. (2019). ACT for sleep – Internet-delivered self-help ACT for sub-clinical and clinical insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 119-127.

Luik, A., Bostock, S., Chisnall, L., Kyle, S., Lidbetter, N., Baldwin, N., & Espie, C. (2017). Tratando Depressão e Ansiedade com Terapia Cognitivo Comportamental Digital para Insônia: uma avaliação do NHS do Mundo Real Usando Medidas de Resultados Padronizadas. *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva*, 45(1):91-96. doi:10.1017/S1352465816000369.

Morin, C. M. (1993). *Insomnia Severity Index (ISI) [Database record]*. APA PsycTests. [S.l.]. doi.org/10.1037/t07115-000.

Müller, M. R. (2010). *Intervenções comportamentais em uma paciente com Insônia Crônica*. Em de-Farias A. K. C. R. (Orgs.). *Análise Comportamental Clínica aspectos teóricos e estudos de caso* (pp. 311-320). Porto Alegre: Artmed.

Paulos-Guarnieri, L., Linares, I. M. P., & El Rafihi-Ferreira, R. (2022). *Evidence and characteristics of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) – based interventions for insomnia: A systematic review of randomized and non-randomized trials*. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 23, 1-14.

Philip, J., & Cherian, V. (2021). Terapia de aceitação e compromisso no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100603.

Salari, N., Khazaie, H., Hosseini-Far, A., Ghasemi, H., Mohammadi, M., Shohaimi, S., & Hosseini-Far, M. (2020). A prevalência de distúrbios do sono entre médicos e enfermeiros diante de pacientes com covid-19: uma revisão sistemática e metanálise. *Globalização e saúde*, 16(1), 1-14.

Taylor, H. L., Hailes, H. P., & Ong, J. (2015). *Third-Wave Therapies for Insomnia*. *Current Sleep Medicine Reports*, 1(3), 166-176.

Teixeira, M. S., Real, L. B. L.C., Silva, D. A. S., Padilha, A. B., Martins, G. M. V., Aguiar, L. A., Rangel, S. S., Eduardo, M. P., Faria, M. P., Correia, I. C. R. L., Linhares, E. O. N. N., Silva, L. M., & Neto, P. G. (2020). Avaliação do conhecimento médico sobre medicina do Sono. *Revista Científica da Faculdade de Medicina de Campos*, 15(3), 12-19.

Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. (2010). The Valued Living Questionnaire: Definindo e medindo a ação valorizada dentro de uma estrutura comportamental. *The Psychological Record*, 60 (2), 249-272.

Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Controle disfuncional pelo comportamento verbal do cliente: O contexto de dar razão. *A Análise do Comportamento Verbal*, 4(1), 30-38.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 2

PROTOCOLO ON-LINE E EM GRUPO, BASEADO NA TERAPIA DE ACEITAÇÃO E COMPROMISSO, PARA O MANEJO DO LUTO DECORRENTE DA COVID-19

Aline Rocha de Sousa Ramos
Ana Carolina Aquino de Sousa

A covid-19 teve seu início ainda no final de 2019 e, em poucos meses, se espalhou por todos os cantos do mundo. Desde que se instalou e proliferou no Brasil, a partir de março de 2020, passamos a viver o maior colapso sanitário do nosso país. Milhares de mortes já foram computadas, decorrentes deste vírus e, sem dúvida, o ano de 2020 foi o pior, uma vez que tivemos nossa vida e nossa rotina roubadas, para a nossa própria segurança, pois ainda não tínhamos nenhuma forma eficaz de proteção ou prevenção contra a doença. Além disso, milhares de brasileiros perderam vários entes queridos pelo agravamento da doença e sequer puderam se despedir deles, haja vista as medidas sanitárias impostas naquele momento para tentar conter a disseminação do vírus.

Foi em meio a este cenário, de luto coletivo, que tantas pessoas se viram quase que obrigadas a ressignificar suas vidas, sua forma de trabalhar e sua forma de se relacionar com as pessoas. Um processo doído, solitário, angustiante e desesperador para a humanidade que não via, tão cedo, a perspectiva de melhora da situação e tinha que conviver diariamente com a morte diante de si, seja de pessoas próximas ou do número assustador de novos casos e de mortes. Ninguém estava preparado para isso. Aliás, conforme apontado por Harris (2011/2020) nada pode nos preparar para algo assim.

Na ocasião, a segunda autora estava orientando um grupo de estagiários do último período do curso de Psicologia (entre eles, a primeira autora). Como estávamos impedidos de seguir o curso presencialmente, e pensando na quantidade de pessoas enlutadas, bem como na inviabilidade de uma terapia presencial naquele momento, surgiu a ideia de criar um grupo terapêutico *on-line*, com foco nas estratégias da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), para auxiliar as pessoas a lidarem com o luto. Assim, surgiu o projeto aqui descrito, Projeto Amparo. A seguir, uma breve descrição dos principais

preceitos da ACT e de referências para aqueles que quiserem maiores informações contidas nos manuais, aos quais apoiaram este trabalho.

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma das terapias comportamentais contextuais, surgida no final da década de 80, e que se desenvolveu pautada nos princípios skinnerianos e, especialmente, a partir dos estudos sobre linguagem. Parte da premissa básica de que o sofrimento é inerente à vida humana. Vivemos uma série de experiências dolorosas na vida, como doenças, perda de relacionamentos e pessoas importantes, rejeição, fracassos em concretizar planos, objetivos e sonhos etc. Hayes, Strosahl e Wilson (2003) definem este tipo de sofrimento como sofrimento limpo.

Quando experienciamos este tipo de sofrimento, outro tipo pode entrar em cena: o sofrimento sujo. Uma vez que a linguagem nos permite relacionar eventos e avaliá-los, podemos, por meio “de processos verbais, nos fecharmos para novas experiências a fim de evitar novas situações aversivas e a vivência de certos sentimentos e pensamentos considerados também aversivos” (Sousa, Carvalho & Prado, 2022, p. 225), o que pode gerar prejuízos, uma vez que, ao limitar suas possibilidades de ação, reduz o acesso a reforçadores importantes, deixando a vida sem sentido (Hayes & Hayes, 1992; Harris, 2009; Harris, 2013).

O terapeuta que trabalha baseado nos pressupostos da ACT se valerá da identificação dos processos de inflexibilidade psicológica aos quais o cliente se encontra, e irá auxiliá-lo a se atentar a eles, perceber quando está paralisado e adotar estratégias mais eficazes para enriquecer a sua vida. Hayes e Smith (2005), no livro *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*, apontam ferramentas para que a pessoa ‘saia de sua mente e entre na sua vida’, isto é, que aprenda a identificar quando está sob controle de alguns processos verbais, e acaba se distanciando do que realmente lhe importa.

A ACT identifica e descreve seis processos de inflexibilidade psicológica (falta de contato com o momento presente; fusão cognitiva; esquiva experiencial; self como conteúdo; falta de clareza dos valores; e inação) e seis de flexibilidade (*mindfulness*; desfusão cognitiva; aceitação; self contextual; clarificação de valores; e ação comprometida com os valores), que serão os alvos terapêuticos (Luoma, Hayes & Walser, 2007; Luoma, Hayes & Walser, 2018). Na tentativa de quebrar o sistema verbal rígido, aprendido na história de aprendizagem, utiliza de estratégias como metáforas, paradoxos terapêuticos e vivências nas sessões (Hayes & Hayes, 1992; Stoddard & Afari, 2014; Blackledge, 2015).

Uma vez que é comum que, devido às pressões sociais ocidentais, que pessoas em sofrimento invalidem a sua dor, os objetivos principais, nos quais, a ACT se pauta, poderiam ser muito úteis para auxiliar as pessoas enlutadas.

Dentre estes objetivos, destacam-se (Hayes & Smith, 2005): aprender a viver o mundo de forma nova, rica e significativa; aprender a caminhar através da dor e se abrir para a vida; aprender a abraçar sentimentos e pensamentos aversivos que já estão lá; identificar o que é valioso e agir em direção a isso, ainda que exista um pântano entre onde a pessoa está e aonde ela quer chegar.

O projeto Amparo surgiu em meio a este contexto pandêmico da covid-19, a partir de diálogos entre os membros idealizadores acerca da necessidade de apoio psicológico a pessoas que perderam seus entes queridos, pelo agravamento da doença, e considerando as diversas implicações que o distanciamento social trazia na vivência do luto, neste cenário, tais como: acompanhar o doente em sua hospitalização e na hora final de sua vida; no apoio presencial de familiares e amigos a família enlutada; na realização de rituais de despedidas íntimas e demais aspectos que tornaram o processo do luto emocionalmente doloroso e solitário.

Os objetivos principais eram: acolher a dor de quem estava enlutado; auxiliar os participantes a caminharem a validarem seu sofrimento e a caminharem através dele; promover maior flexibilidade psicológica, especialmente, trabalhando e focando a identificação e promoção de processos como: esquivas experiencial e promoção da aceitação; falta de contato com o momento presente e práticas *mindfulness*; falta de clareza de valores e engajamento em ações comprometidas com o que lhe é valioso.

Para o alcance destes objetivos, foi criado, pelos idealizadores, um protocolo breve (6 sessões), de grupo, e *on-line*, baseado nos processos de flexibilidade psicológica da ACT para o manejo do luto. Segue a explicação e descrição detalhada de todo o processo e, em seguida, os principais resultados obtidos.

Método

A captação dos participantes ocorreu via divulgações do projeto em redes sociais. No *post* de divulgação constava o nome do projeto (Projeto Amparo), uma breve descrição da proposta, um telefone para informações, link para a inscrição, nome e CRP da psicóloga responsável e nome da instituição de ensino, na qual, esta era vinculada.

Os interessados eram direcionados ao link de inscrição realizado através da ferramenta Google Forms (utilizada para criação de formulários e pesquisas *on-line*). No formulário, além dos dados pessoais, investigou-se fatores como: estratégias (comportamentais, cognitivas e emocionais) utilizadas para lidar com a dor do luto (como por exemplo: “evito sair de casa”, “tento esquecer”); prejuízo nas funções da vida diária; grau de vínculo com o ente falecido; nível de aceitação e expectativa em relação ao projeto.

Foram estabelecidos como critério de inclusão: pessoas que perderam entes queridos devido à covid-19, sem distinção de gênero, com idades entre 20 e 60 anos. Como critério de exclusão: menores de 18 anos e maiores de 60 anos.

As sessões ocorreram semanalmente, no formato grupal e *on-line*. No ato da inscrição, duas condições foram previamente informadas: (1) manter câmera e áudio ligados durante os encontros; (2) assinatura do TCLE (Termo de Consentimento Livre Esclarecido) no qual autorizava a gravação das sessões e o uso de dados para fins de publicações de artigos científicos, resguardando as identidades dos envolvidos; além do caráter voluntário da participação, com a possibilidade de desistência a qualquer momento, caso assim desejassem os participantes.

Foram realizados dois grupos distintos, um seguido após o outro, tendo sido realizados, em ambos, todos este procedimento inicial de seleção (preenchimento do formulário e assinatura do TCLE) e critérios de inclusão na pesquisa.

Participantes (Grupo 1)

A partir da análise dos formulários de inscrição, foram selecionados quatro participantes que se enquadravam nos critérios da pesquisa. Abaixo segue o resumo das principais informações preenchidas por cada um:

P1, 58 anos, perdeu a mãe e a irmã. Relatou dificuldades para chorar e evitava falar sobre o que aconteceu. Durante o dia procurava se envolver com diversas atividades no trabalho evitando, assim, não lembrar das perdas. Porém, durante a noite ficava muito difícil de lidar com os sentimentos presentes.

P2, 54 anos, perdeu o esposo com quem vivia há cerca de 35 anos. Sua perda aconteceu há 06 meses atrás e disse que afetava bastante a sua rotina diária. Afirmou viver o seu momento atual com muita dificuldade e dor. Havia momentos que tinha vontade de fugir da dor, pois seus sentimentos eram intensos. Reportou que os primeiros dias foram de muita dor e sofrimento, não conseguia sair da cama e que desejava que esse sofrimento chegasse logo ao fim. Afirmava sentir muita dor e tristeza. Declarou também que sentia muita ansiedade. P2 estava em psicoterapia individual e tomando medicamento para atenuar os efeitos das crises de ansiedade. Relatou que em alguns dias vivia angústias intensas durante todo o dia, no entanto, não se privava de sentir a dor, diante das recordações.

P3, 46 anos, perdeu a cunhada e a sogra há seis meses, afirmou que uma de suas maiores dificuldades no processo foi lidar com muitas decisões a serem tomadas. Relatou que ultimamente estava sensível às suas emoções,

uma vez que no momento da perda não conseguia vivenciar a dor ali presente pois, estava envolvida com as decisões burocráticas do processo do luto na família. Declarou que se permitia, naquele momento, sentir todas as emoções oscilantes e decorrentes do luto, além das memórias, e que também compartilhava a sua dor junto à família. Alegou que não gostava de se isolar, procurava sempre vivenciar os momentos, preferindo viver a dor agora, já que nos dias das perdas não teve espaço para tal.

P4, 27 anos, perdeu a tia pela covid-19. Compartilhou que enfrentava dias difíceis com muita tristeza. Procurava evitar falar para não sofrer mais ainda.

Participantes (Grupo 2)

A partir da análise dos formulários de inscrição, foram selecionados dois participantes que se enquadravam nos critérios da pesquisa. Abaixo segue o resumo das principais informações preenchidas por cada um:

E1, 43 anos, perdeu o esposo (há mais de três meses) com quem convivia há mais de 24 anos e possuía dois filhos dessa relação. Disse que estava buscando ajuda para enfrentar esse luto, já realizava acompanhamento psicoterapêutico e psiquiátrico. Relatou que se sentia “*morta por dentro*”. Vivía seus dias isolada no quarto, passava muito tempo chorando, sem vontade de fazer nenhuma atividade.

E2, 25 anos, perdeu a irmã (37 anos) há menos de 03 meses. Afirmou que a perda afetava bastante a sua rotina diária. Alegou que na sua história de vida, o pai deixou a mãe, ela e suas duas irmãs. Acredita que tais circunstâncias fizera criar um vínculo muito forte com a irmã que morreu e que vivia dias bem difíceis.

Procedimento

Cada grupo passou por um protocolo breve e estruturado de intervenção (6 sessões) baseado na Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), com frequência semanal e de duração de 01 hora e 30 minutos. Os encontros foram conduzidos por quatro estagiários do último período do curso de Psicologia e supervisionados por uma psicóloga responsável (segunda autora), que esteve presente e atuante durante todas as sessões.

O acesso ao grupo ocorreu através da plataforma *on-line* <https://zoom.us/jt-pt-meetings.html> via áudio e vídeo conferência. As sessões se centravam em ouvir e compartilhar a dor do luto e oferecer suporte e ferramentas da ACT, incluindo tarefas de casa que eram repassadas também, através de um grupo do *Whatsapp*, previamente criado.

Ao término de cada encontro, os estagiários participavam de supervisão, com a psicóloga responsável, para análise e discussões acerca do atendimento realizado. Para cada encontro foi escolhido uma dupla de estagiários para conduzir as intervenções, enquanto isso, a outra dupla realizava observação atenta além de considerações em momentos oportunos.

A seguir, segue a descrição detalhada das intervenções realizadas em cada sessão.

Sessão 1: A primeira sessão tinha como objetivos: realizar apresentação da proposta do projeto aos participantes; acolher e validar a dor do luto; observar como cada enlutado estava lidando com suas emoções, seus sentimentos, seus pensamentos e quais estratégias comportamentais utilizavam para passar pela experiência do luto; explanar acerca dos significados que a morte e o morrer tem na nossa sociedade.

A sessão foi iniciada com a apresentação dos estagiários e da psicóloga (orientadora) e, em seguida, da proposta do projeto (objetivo, número de encontros, datas e horários, orientação sobre o grupo do *Whatsapp* para envio dos exercícios propostos no decorrer dos encontros). Depois, solicitou-se que cada participante se apresentasse e falasse sobre a(s) sua(s) perda(s). Os terapeutas acolhiam a vivência dolorosa de cada um. Estas trocas duraram uma média de 30 minutos.

Explicou-se, então, que no grupo, a cada sessão, seriam trabalhadas ferramentas para auxiliar a se relacionar com o luto. A primeira ferramenta foi uma metáfora: **Metáfora do machucado**, criada pelo grupo de terapeutas que conduziam o processo terapêutico, com o intuito de promover abertura para viver a dor que é real e já estava lá, presente, devido a perda sofrida:

Imagine um corte no seu corpo, assim que há o machucado você sente muita dor e chora. Você tem algumas opções: você pode optar por não olhar para esse corte e deixar ele pra lá, mas isso pode se tornar um problema maior, pode infeccionar etc. Outra opção é você cuidar muito desse corte, colocar remédio, limpar toda hora, sempre olhar para ele, isso também não é bom pois, muito cuidado não deixa acontecer a cicatrização. Talvez a melhor opção seja usar o meio termo, cuidar e deixar o corpo se encarregar da cura. E, com o tempo você vai olhar a cicatriz daquele corte, poderá ainda doer às vezes, mas não com a mesma intensidade de quando a ferida estava aberta. O corte nos remete ao luto e como estamos lidando com ele. Como cada um tem cuidado do seu corte?

Em seguida, cada um foi convidado a falar sobre como esta metáfora se aplicava ao que estava vivendo. Os terapeutas que conduziram esta sessão validaram a dor dos enlutados e contextualizaram sobre a metáfora, ressaltando

a importância da abertura para sentir, acolher e cuidar da dor que já está presente; além de apontar que os encontros tinham como objetivo ensiná-los a ter uma nova forma de se relacionar com a própria dor.

Em seguida, trabalhou-se a ideia da “cultura da felicidade”, uma construção social que incentiva um padrão de reprimir os sentimentos desconfortáveis, criando a ilusão de que deveríamos alcançar um estado permanente de felicidade, além de negar espaço para falar da dor e encará-la como parte natural da vida. Discutiu-se como esse processo se reproduz desde as primeiras experiências de vida com dizeres: “não chore!”, “mostre que você é forte”, “deixa de fazer drama!”, e como esse contexto acaba impactando na forma como reagimos às perdas, principalmente em se tratando de uma das experiências mais dolorosas da vida que é perder quem amamos. Buscou-se identificar os reflexos de como a sociedade lida com o luto através do questionamento: Que tipos de coisas você escuta que faz piorar a sua dor? Cada um expressou parte de sua experiência neste sentido.

A segunda ferramenta desta sessão, foi uma prática de *mindfulness*, com intuito de conectá-los ao momento presente, buscando promover a atenção plena às sensações físicas e emocionais presentes em seus corpos. Nessa vivência os participantes receberam as seguintes instruções:

Sente-se numa postura que fica mais confortável para você no momento. Se possível procure manter a coluna ereta, e se não for possível manter a coluna ereta, não se preocupe. Fique à vontade para melhor adaptar a sua condição física no momento. Lembre-se de que você não precisa assumir uma postura rígida, ou complicada (pausa de alguns segundos). Se quiser você pode fechar os olhos, mas se preferir você pode manter os olhos abertos, veja o que for melhor para você. Então, direcione a sua atenção e consciência para o corpo notando e reconhecendo as sensações físicas presentes, sem tentar mudar ou afastar qualquer tipo de sensação que seu corpo manifeste (pausa de alguns segundos). Convido você a realizar três respirações mais profundas: inspirando pelas narinas, puxe o ar, e exalando pela boca (solta o ar), permitindo que o ar saia gentilmente pela boca. Faça três vezes esta respiração. Após realizar estas três respirações mais profundas, permita-se lembrar de uma lembrança agradável que você tem com essa pessoa querida que se foi. Caso você não se sinta confortável com essa lembrança, com esse sentimento, esse pensamento, fique à vontade para abrir os olhos, ou levantar quando você se ver emaranhando com esses pensamentos, ou com a lembrança dessa pessoa. Lembre-se que você tem a sua respiração aí presente, quando precisar você pode trazer à sua consciência gentilmente para sua respiração, sem julgamentos (pausa de alguns segundos). Agora gentilmente eu te convido a abrir os olhos.

Cada um foi questionado sobre como se sentiu com este exercício. Após o compartilhamento das experiências com a prática *mindfulness*, foi passada uma tarefa de casa: registro de pensamentos, sentimentos e estratégias internas e externas utilizadas durante a semana. Explicou-se que o propósito era mapear/avaliar os recursos internos que eles utilizavam para enfrentar o dia a dia no seu processo de luto.

Sessão 2: Os objetivos desta sessão foram: retomar a tarefa de casa e verificar o preenchimento por parte de cada membro do grupo.

Depois de discutir a tarefa de casa, os terapeutas trabalharam uma das estratégias iniciais da ACT: *O controle é o problema e não a solução*, a partir da *Metáfora do bolo de chocolate* (Saban, 2015, p. 46), conforme descrita abaixo:

Imagine que a partir de agora você não pode pensar no que falarei a seguir. Vou dizer em breve, e, quando o fizer, não pense sobre isso nem por um segundo. Lá vai! Lembre-se, não pense sobre isso. Não pense em um bolo de chocolate fresquinho! Sabe aquele cheirinho do bolo quando ele sai do forno? Não pense sobre isso! O gostinho daquela cobertura quando você dá a primeira mordida? Não pense sobre isso! E aquela fatia fofa e úmida, que quando você morde se desfaz, e as migalhas caem no prato? Não pense sobre isso! É muitíssimo importante que você não pense em nada disso!

Solicitou-se que cada um compartilhasse se havia conseguido ou não seguir à risca as instruções e discutiu-se o problema de tentar controlar eventos privados.

Outra ferramenta utilizada foi a *Metáfora da bola na piscina* (Stoddard & Afari, 2014, p. 39) que exemplifica como coexistir com a própria dor:

Imagine que o que você está fazendo com seus pensamentos, memórias e sentimentos é igual a lutar com uma bola em uma piscina. Você não gosta dessas coisas. Você não os quer e os quer fora de sua vida. Então tenta empurrar a bola debaixo d'água e fora de sua consciência. No entanto, a bola continua aparecendo novamente até a superfície. Então, você tem que continuar empurrando-a ou segurando-a debaixo d'água. Lutando com a bola assim, a mantém perto de você, mas também é cansativo e inútil. Se a bola fosse colocada de lado, ela iria aparecer e flutuar para a superfície perto de você... e você provavelmente não gostaria disso. Você prefere continuar lutando com a bola e desistir de desfrutar do banho? Ou desiste da luta e escolhe desfrutar do banho, mesmo que você tenha que ficar olhando, eventualmente para a bola (seus sentimentos negativos)?

Os participantes descreveram como era a experiência de lutar contra seus sentimentos de perda e como isso os consumia e era improdutivo.

A parte final da sessão focou em realizar a psicoeducação sobre a importância de se conectar ao momento presente. Por meio da atenção plena, momento de estar despertos para o que acontece no aqui e agora, não para alcançar algum estágio onde não exista mais a dor, mas para aprender a observá-la como uma espécie de cientista, curioso para descobrir como algo novo funciona. Assim, os participantes foram convidados a uma vivência *mindfulness*, construída pelo grupo de terapeutas desta pesquisa:

Busquem uma postura que seja confortável e, em seguida, imagine-se que está junto à uma mesa com várias cadeiras vazias. Você está em paz, está seguro(a). Você está em casa, dentro de você mesmo(a), da sua pele, da sua consciência. Mas neste momento, as cadeiras vazias começam a ser ocupadas por alguns penetras, pela dor da perda, pela saudade, pelo medo do futuro, pela culpa, pela solidão. Todos eles estão te encarando e às vezes falam algumas coisas para você. Só que hoje você está aqui nessa mesa apenas para observá-los, sem julgamento, sem perguntas, sem análises, apenas aí, vendo e sentindo cada um. Observe como seu corpo reage à eles, e, apenas respire. Preste atenção nas batidas do seu coração, no ritmo dos batimentos, imagine o sangue correndo por suas veias. E volte a atenção à sua respiração, note que os penetras continuam no mesmo lugar, te encarando e falando. Agora nesse momento imagine uma onda de relaxamento perpassando seu corpo, agora levante-se dessa mesa e abra os olhos.

O terapeuta fez os seguintes questionamentos: “Como foi essa experiência para vocês?” “Vocês notaram alguma sensação no corpo?” Aqui abriu-se espaço para discussão e reflexão. Logo ao término desta técnica, foi passada uma tarefa de casa: auto-observação sobre as estratégias de controle que andam tendo durante a semana, de um pensamento, sentimento, emoção que vir à tona.

Sessão 3: Os objetivos desta sessão foram: retomar a tarefa de casa (auto-observação sobre as estratégias de controle que os participantes tiveram durante a semana de seus pensamentos, sentimentos e emoções que vieram à tona); promover a desesperança criativa, atitude de desistência de estratégias, hábitos e formas de controle das experiências privadas e assim percebê-las como ineficazes.

Após a discussão sobre a tarefa de casa de cada participante, o terapeuta trabalhou a estratégia da desesperança criativa. Para isso, utilizou, como ferramenta, uma metáfora, a **Metáfora do buraco** (Saban, 2008). Aqui o intuito foi ajudá-los a descobrir quais ferramentas eles utilizavam para lidar com a dor do luto que não surtiem os efeitos esperados. Nesta metáfora, os participantes

são levados a se imaginar num campo de futebol com os olhos vendados e que alguém lhe pedissem para correrem. Em seguida, o terapeuta diz:

Vocês começam a correr sobre esse campo, e antes de correrem é dado uma mochila a vocês com uma ferramenta, e vocês acabam caindo num buraco, olham para cima e não dá para sair, abrem a mochila e veem o que tem dentro dela que ajudaria vocês a sair do buraco, e veem que tem uma pá, e começam a cavar em busca de sair desse buraco. Só que a pá não foi feita para sair do buraco, ela foi feita para fazer buraco. Essa metáfora fala sobre se o que estou fazendo, realmente está surtindo efeito. Tem algo que vocês estão fazendo que não está surtindo efeito? O objetivo é observar o que você está fazendo que contribui para que não saia dessa situação. Pergunte-se: 'O que estou fazendo me ajuda ou só faz eu piorar'?

O terapeuta pediu para que cada um compartilhasse como esta metáfora se relacionava com as formas pelas quais estavam lidando com o luto.

Outra ferramenta escolhida para esta sessão foi um trecho do filme *Beleza Oculta*. O objetivo era ilustrar comportamentos, atitudes e eventos desencadeadores presentes no processo do luto. Terapeuta questionou de que forma as cenas ali mostradas se relacionavam aos seus sentimentos, emoções e pensamentos na vivência do seu próprio luto. Os terapeutas presentes validaram e acolheram a dor de cada um.

A última intervenção desta sessão foi um exercício de *mindfulness*, adaptado ao luto, pelos terapeutas do grupo, com enfoque na desesperança criativa:

Feche seus olhos (pausa de alguns segundos) e volte a atenção para si (pausa de alguns segundos). Note sua respiração, sinta o peso do seu pescoço. (pausa de alguns segundos). Agora, peço que você se imagine nesse momento dentro de um buraco. Esse buraco é fundo e chega até tampar você. Esse buraco tem um nome. Ele se chama luto (pausa de alguns segundos). Agora peço que você observe esse buraco (pausa de alguns segundos). Respire fundo e devagar, assegurando que não é fácil olhar para esse buraco (pausa de alguns segundos). Nesse momento, eu convido você a começar a sentir o peso que é estar dentro desse buraco (pausa de alguns segundos). Então, te convido a respirar novamente, profundamente (pausa de alguns segundos). Observe que nele há uma água e, esta água, está na altura da sua cintura (pausa de alguns segundos). Essa água se chama DOR – a dor que é perder alguém, a dor que o luto traz consigo. Muitas vezes esse buraco é assustador, frio, escuro e você quer sair muito desse lugar, e logo! Mas, você só tem uma ferramenta que é uma pá e aí você então, só tem essa pá e cava novamente na tentativa de sair desse buraco e a água nesse momento começa a subir e chega na altura

do seu peito. Nesse momento, o desespero e a dor estão maiores. Você, então, usa a sua ferramenta. Mas, ela é uma pá. Quanto mais você cava, tudo que acontece é piorar (pausa de alguns segundos). Respire, devagar, mais uma vez. Perceba que por mais que esteja doendo, você está bem e ainda pode fazer algo por si. Então, respire mais uma vez. Acalme a sua mente. Observe que a saída desse buraco está acima de você e quando você olha para essa saída, você consegue ver os raios do sol, escuta o barulho dos pássaros e percebe que o caminho para sair do buraco é pra cima e que a pá que você usa é incompatível com o seu objetivo de sair. Logo ao perceber que a pá é incompatível, você abandona essa pá e agora aliviado percebe que ao menos se livrou daquilo que te afunda, que é a pá. Olhando para saída, eu te pergunto: ‘Como sair do buraco?’

Após compartilhar a vivência de todos, os estagiários pontuaram que a saída do buraco é um processo individual onde cada um vai buscar maneiras de lidar com a dor. O importante é compreender que estratégias como fugir, evitar, negar etc., pioram o processo e o torna mais difícil de lidar.

Como tarefa de casa, propôs-se a escrita de uma carta simbolizando um ritual de despedida do ente querido.

Sessão 4: Os principais alvos desta sessão foram: retomar e discutir o exercício proposto no encontro anterior; abordar sobre a construção de valores: o que são, qual a sua importância na vida; realizar psicoeducação sobre os processos de **aceitação**, enquanto uma postura de disposição e abertura aos eventos privados sem evitá-los; e trabalhar a esquivia experiencial presente no luto, por meio da analogia de “um atleta equilibrista”.

No primeiro momento da sessão realizou-se um breve resumo da semana e uma avaliação do estado emocional e, em seguida, abordou-se a tarefa de casa. Em seguida, utilizou-se uma analogia com um atleta equilibrista, para trabalhar os processos de aceitação e evitação presentes no luto:

A pessoa que está em processo de luto, é como se tivesse se equilibrando numa corda, e os braços abertos, perpendiculares ao corpo, segurando um bastão em cada mão, um bastão é a abertura a experiência, e o outro bastão é a evitação, fuga. Um bastão não pode estar mais pesado que o outro se não a pessoa vai se desequilibrar e cair.

Para ilustrar as respostas de oscilações no luto utilizou-se a analogia do esportista de Slackline, inspirada no *Guia para pessoas que perderam um ente querido em tempos de coronavírus* (ABEC, 2020).

Imagine que você no luto seja esse equilibrista, nós o convidamos a tomar o bastão e a linha de equilíbrio, por vezes o luto será acessado por meio

de memórias, cheiros, lugares, comidas etc. e diversas cadeias de eventos que tiveram função reforçadora no vínculo que foi estabelecido. Nesse momento você dará lugar para abertura e conexão com a sua dor. Porém, se você passar a viver a sua dor interruptamente (assistir vídeos e áudios do ente querido, lembrar das causas da morte, preparar a comida favorita dele(a), usar roupas, perfume, acessórios etc., frequentar o restaurante onde estivera a última vez e demais situações que permita acessar/vivenciar a sua dor) não haverá mais equilíbrio, você cairá. De modo semelhante ocorre se escolher envolver-se em atitudes que acione o “botão OFF” de sua dor (tentar bloquear sentimentos pensamentos, emoções etc., engajar em atividades de distração/evitação como: assistir filmes/seriados de comédia, sair constantemente para festas, fazer uso de bebidas, drogas etc., atos compulsivos/ou comportamentos de fuga ou esquiva da dor), também acabará caindo. O caminho do luto envolve atravessar o desafio de ser um bom equilibrista, balancear as cargas emocionais se faz necessário. Os passos em direção desse processo por vezes trazem inseguranças e requer que você saiba respeitar isso.

Após essa analogia, questionou-se se os participantes se enxergavam na luta para se equilibrar. Sugeriu-se que refletissem sobre como equilibrar seu processo de luto.

Realizou-se a introdução acerca de valores. Investigou-se quais direções os participantes gostariam de trilhar apesar da dor presente. Quais as razões que eles possuem para continuar e seguir uma vida que seja valiosa. O que poderia motivá-los a saírem da cama e se permitirem viver todos os dias.

Buscando clarificar na vida dos participantes seus valores pessoais usou-se a metáfora adaptada dos **passageiros no ônibus** (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2021):

Imagine que você é o motorista de um ônibus. Você tem seu uniforme, o painel brilhando, o assento confortável e um ônibus poderoso sob seu comando. Este ônibus que você está dirigindo é muito importante. Ele representa a sua vida. Todas as suas experiências, todos os desafios e pontos fortes trouxeram-no a esse papel, como motorista do ônibus que é a sua vida. Você escolheu um destino para esse ônibus. É importante chegar lá. Cada centímetro da viagem em direção ao objetivo valorizado significa que você, de fato, tem levado a vida na direção que considera correta neste momento. Enquanto dirige, é necessário que mantenha o curso e siga o caminho correto para a meta que valoriza. Como qualquer motorista de ônibus, você é obrigado a parar no caminho e pegar passageiros. O problema com esta viagem específica é que alguns dos passageiros são verdadeiramente difíceis de lidar. Eles são, na verdade monstros. Cada um representa um pensamento ou sentimento difícil que você teve de

enfrentar durante a vida. Um dos monstros pode ser a autocrítica; outros são os sentimentos de pânico e terror; há, ainda, aqueles que representam as preocupações agitadas em relação ao que virá. O que quer que tenha lhe causado problemas ou tenha distraído das ricas possibilidades da vida está subindo no ônibus na forma de um monstro. Os monstros são desordeiros e rudes. Enquanto você dirige, eles gritam insultos a você e cospem. Você consegue ouvir seus gritos enquanto dirige. Você pensa em parar o ônibus para ralar e disciplinar os monstros, mas se o fizer, você não mais estará na direção que importa para você. Talvez deva parar no acostamento e atirar os monstros para fora do ônibus. Novamente, isso significaria ter de parar de andar em direção aos seus valores. Talvez, se virar à esquerda e tentar uma rota diferente, os monstros se acalmem. Porém, isso também é um desvio de viver a vida de modo que consiga concretizar seus objetivos valorizados e livremente escolhidos. De repente, você percebe que, enquanto se ocupava elaborando estratégias e argumentos para lidar com os insistentes monstros no ônibus, passou de algumas esquinas onde deveria virar e perdeu algum tempo na viagem. Você agora entende que, para chegar aonde deseja e continuar se movendo na direção que escolheu na vida, precisa continuar dirigindo e deixar que os monstros continuem com as vaias, provocações e reclamações o tempo todo. Você pode optar por levar a sua vida na direção correta, enquanto simplesmente abre espaço para todo o barulho que os monstros produzem. Você não pode expulsá-los, nem os obrigar a parar, mas pode fazer a escolha de continuar vivendo a vida de um modo significativo e compensador para você, continuar dirigindo o ônibus, mesmo com os monstros gritando no caminho.

Refletiu-se com o grupo sobre os seguintes pontos: Como foi para vocês terem feito essa vivência? Quais tem sido os monstros de vocês? Que fazem com que não consigam alcançar o que é valioso para vocês?

Sobre os empecilhos nessa jornada da continuação do viver, apesar da dor do luto, buscou-se ilustrar através da metáfora adaptada da metáfora “O convidado indesejado” (Saban, 2015).

Metáfora da convidada indesejada: *Imagine que você fez uma festa e convidou todos os seus vizinhos. Preparou todos os detalhes: decoração, buffet, pista de dança e até espaço para karaokê. Colocou na fachada um painel digital escrito (Sejam todos bem-vindos). No horário combinado seus convidados chegaram e você os recebeu calorosamente, e então tudo estava lindo e agradável. De repente... o interfone tocou e você correu para abrir a porta ‘talvez seja alguém um pouco atrasado’, ao abrir a porta era uma ex amiga com quem você cortou relações há muito tempo, detestava o seu jeito arrogante e inconveniente de ser. Ela já foi entrando na festa... foi direto para a sua pista de dança (antes mesmo de seus convidados irem). Você acha que é possível para você recebê-la*

com boas-vindas, mesmo que não goste que ela esteja na sua festa? Você pode recebê-la, mesmo que não goste dela. Você não tem que gostar do seu cabelo, voz e do modo como se comporta. Sua opinião sobre ela é a mesma e isso é diferente de sua disposição para recebê-la na sua festa. Você poderia se dirigir até ela e a chamar para se retirar, mas todos os seus amigos perceberiam. A sua festa mudaria pelo “climão”. Agora você tem que ficar “na cola dela” com receio dela “estragar sua festa”. Ou se você disser, “Tudo bem, você é bem-vinda”, mas isso também não é verdade. Neste meio tempo, a vida continua, a festa continua, e você está fazendo guarda para a convidada indesejada. Isto não é estar vivendo. Não é bem como uma festa. É muito trabalho.

Terapeutas contextualizaram a metáfora e pediram que cada um falasse o que sentia e como se aplicava à sua vida e à sua experiência de luto.

Ao final da sessão, como tarefa de casa, deveriam refletir e escrever sobre as seguintes perguntas:

Gastei tempo demais me preocupando com...

Gastei muito pouco tempo fazendo coisas como...

Se eu pudesse voltar no tempo, o que eu faria de diferente seria...

No grupo 2, para tarefa solicitada sobre valores utilizou-se a ferramenta SMART traduzida e adaptada (Harris, 2009, p. 307) estruturada em alguns passos. Veja a seguir:

- **Passo 1:** Atribuir valores – Priorize 3 áreas mais importantes para você. Lembre-se de priorizar... Não dá para ser tudo 10. Família; Trabalho; Saúde; Relacionamento íntimo; Maternidade/parentalidade; Amizade; Lazer; Cidadania; Espiritualidade; Educação/Formação;
- **Passo 2:** Como você está cuidando de cada área da vida? Família; Trabalho; Saúde; Relacionamento íntimo; Maternidade/parentalidade; Amizade; Lazer; Cidadania; Espiritualidade; Educação/Formação;
- **Passo 3:** Compartilhe com todos quais foram as notas... As notas estão próximas ou distantes? Você está cuidando na medida que você dá importância?
- **Passo 4:** O que você pode fazer para cuidar de um outro valor que está sendo negligenciado na sua vida?

Sessão 5: Traçou-se como objetivos: retomar a abordagem acerca dos valores de vida, a partir da tarefa de casa; psicoeducação acerca de como o *mindfulness* pode auxiliar nesse processo de condução do viver no processo da dor do luto.

Investigou-se como foi viver o luto desde o último encontro, e em seguida, retomou-se a tarefa de casa e discutiu-se o que cada um observou e descreveu.

Retomou-se o processo de aceitação, por meio da **Metáfora das pílulas** traduzida e adaptada (Zettle, 2007, pp. 197-198). O objetivo era convidá-los a terem compaixão consigo mesmos, a ficarem atentos quanto ao excesso do sentimento de culpa por não terem feito mais pelos seus entes queridos que se foram. Segue a descrição da metáfora.

Metáfora da pílula:

Imagine que alguém tenha duas pílulas. Estas pílulas têm o poder de eliminar todo o seu sofrimento num segundo. Você nunca mais experimentará nenhum tipo de sofrimento na sua vida. Ao tomá-las, terá que lidar com um único efeito colateral: tudo o que você ama também desaparecerá. Você quer tomar as pílulas?

Após a explicação da metáfora, realizou-se a psicoeducação acerca de como o *mindfulness* pode auxiliar nesse processo de dor do luto. A importância de se conectar ao momento presente, ao que de fato é importante daqui para a frente.

Em seguida, buscou-se investigar acerca do quanto o luto tem restringido a vida dos participantes, através do questionamento: Quais atividades, lugares, coisas etc. vocês evitam devido a(s) perda(s)?

Por fim, realização da vivência de *mindfulness*, adaptada da metáfora dos passageiros no ônibus já descrita anteriormente, com espaço pra reflexão sobre os “monstros no ônibus”, do luto e a necessidade de coexistir com eles, prosseguindo na jornada de vida. Como tarefa de casa, cada um deveria buscar realizar uma ação em alguma área valorosa escolhida e que merecia maior atenção.

Sessão 6: Nesta última sessão, traçou-se como objetivos: *feedbacks* do processo terapêutico e do aprendizado até ali; recapitulação dos processos da ACT que foram trabalhados nos encontros.

A sessão iniciou-se com a revisão das tarefas de casa e da investigação sobre se estavam conseguindo utilizar, no dia a dia, as ferramentas aprendidas.

Em seguida, trabalhou-se a **Metáfora do Pântano** (Hayes *et al.*, 1999, pp. 247-248) para ilustração e reflexão sobre os progressos alcançados no decorrer dos encontros.

Metáfora do Pântano:

Imagine que você está começando uma jornada em direção a uma linda montanha que você pode ver claramente à distância. Tão cedo você inicia a caminhada e você entra em um pântano que se estende até onde

you can see in all directions. Then you say to yourself: I didn't imagine that I would have to pass through a swamp. There's a bad smell and there's mud covering my whole shoe. It's difficult to get out of the mud and keep going. I'm wet and tired. Because no one told me about this swamp? When this happens you have a choice: abandon the journey or enter the swamp. Therapy is like this, grief is like this. Life is like this. We enter the swamp because we want to stay stuck, but because it's there between us and where we are going.

Em seguida foi perguntado como a metáfora do pântano reflete no atual momento do luto que estão vivenciando.

Resultados

A seguir, seguem os principais trechos do processo terapêutico com os dois grupos realizados, e a descrição das principais melhoras obtidas com os participantes, sessão a sessão.

Sessão 1

P1 relatou que perdeu a mãe e uma irmã, trouxe o quanto estava sendo difícil de lidar com a perda. P3 perdeu a sogra e o cunhado e tem procurado viver o luto da forma como ele é. Já, P2 não conseguiu compartilhar sobre o seu luto, porém, acompanhou o desenvolvimento do encontro. P4 compartilhou que tinham sido dias difíceis, na maior parte do tempo estava triste e evitava falar pois o sofrimento se intensificava.

Apenas E1 esteve presente. Falou que no encontro se sentia muito mal pois, na presente data completaria 25 anos de casados. Afirmou o quanto estava sendo difícil, principalmente em datas comemorativas como esta. “Nessas horas eu penso que eu queria ter ido junto com ele”.

Sobre a metáfora do machucado, cada um verbalizou como estava sendo a sua experiência. P1, compartilhou:

“Procuro ocupar o meu tempo com outras coisas pra não ficar lembrando, é difícil demais pra mim, tem horas que penso que não aconteceu. Pra mim a noite é o horário mais difícil, quando paro e penso um pouco”.

P2, se manteve atenta aos relatos dos participantes, porém não conseguiu compartilhar sobre o seu luto. Já P3, disse:

Tenho me permitido sentir todas as emoções presentes no luto, se tenho a vontade de chorar eu choro, tem horas também que eu lembro e rio. Não sou muito de me isolar, procuro vivenciar os momentos, prefiro viver a dor agora porque nos dias da morte deles eu não tive tempo pra isso, tive que cuidar em resolver as coisas pra família.

P4, afirmou “tenho vivido dias difíceis, com muita tristeza, não gosto de falar, acabo sofrendo mais”.

E1, alegou:

Tenho vivido meus dias isolada no quarto, passo muito tempo chorando, sem vontade de fazer nenhuma atividade, parece que estou vivendo um “filme de pesadelo”. Porém, tenho procurado de tudo para me ajudar, esse é o segundo grupo de apoio que eu participo, faço psicoterapia e estou tomando medicação pelo psiquiatra para que eu consiga dormir.

Os terapeutas abordaram como a metáfora refletia na dor de cada um, apontando que a ferida hoje estava aberta, mas que apesar da dor, estavam tentando cuidar de si. Ressaltou-se como não era possível e nem saudável tentar se livrar dessa dor rapidamente, sobre a importância de permitir viver a dor, não reprimindo os sentimentos, deixando-os ir e vir. Incentivou-se a observá-los, sem lutar ou se “agarrar” neles.

Ao compartilharem sobre como a sociedade reagia à dor da perda que viviam, seguem os principais apontamentos dos participantes:

E1, compartilhou:

Um das piores coisas que já ouvi, pelo menos umas 200 vezes: ‘Nossa! Mas você ainda está chorando, era só seu marido, não era um filho seu’. Essa frase arrasa com minha vida! As pessoas querem fazer uma hierarquia de sentimentos. Alguém criou uma hierarquia de amor, primeiro você ama seus filhos, o segundo amor maior da sua vida tem que ser seu pai e sua mãe, aí depois seus irmãos, em seguida vem um monte de parentes.... E, lá no fim tem que ser seu marido...porque marido pode ser substituído, você põe outro no lugar’. Outra fala também que escuto ‘Você é jovem, vai arrumar outra pessoa’ (quem disse que eu quero?), ele não é ‘uma peça de carro’. Por que ninguém fala para substituir filho, mãe? Isso me irrita!

E1, contou ainda sobre uma situação chata que viveu com uma pessoa do seu ciclo de amizade:

Não sei se estava tentando me ajudar, mas acabou muito mal nossa conversa, essa pessoa trazia à minha lembrança o quanto ele errou comigo,

as nossas brigas etc., (todos nós erramos, somos seres humanos, isso não justifica ele morrer). Era uma pessoa importante pra mim, mas, após isso, rompemos o vínculo.

E1 também relatou sentimento de pesar e dor, no seguinte trecho: “Outra coisa que ouço e me machuca é que foi culpa minha, porque eu o levei para o hospital; ou que eu deveria ter levado antes; ou deveria ter proibido a intubação (como se eu tivesse outra escolha melhor naquela hora)”.

E1 manifestou ainda que, sobre o choro, apenas a sua psicóloga e o seu psiquiatra lhe autorizavam a chorar; “no mais todos querem que eu controle”, “me cobram que eu não posso chorar porque vou incomodá-lo no outro plano”.

Sessão 2

Sobre a tarefa de casa passada na Sessão 1:

P3 relatou que pôde observar durante a semana que andava muito emotiva, em relação à sua perda. Diante da ocorrência de qualquer estresse, ficava muito emocional, se sentia muito abalada. Relatou estar mais aberta a viver a dor: “É o momento que eu me engasgo, é a hora que fico mais emotiva. Para mim não é ruim, na verdade, é um alívio quando ocorre. Choro, me emociono e passou!” Disse ter percebido que um dos momentos mais difíceis é quando frequenta a casa da sogra, que trazia mais lembranças e mais emoções. Afirmou ainda que, antes da sua perda, vinha de um longo período que permaneceu muito forte, mas que, agora:

[...] qualquer coisinha eu dou uma baqueada; aí preciso chorar, preciso pôr pra fora. Eu tenho feito assim, se quero chorar eu choro. Não fico isolada, nunca gostei de ficar, mesmo que o astral abaixa um pouquinho, fico entristecida, eu não me isolo. Quando estou assim, também gosto de escutar músicas, escutar uma palavra e, então, eu vivencio aquele momento.

Já P1, disse que tentava evitar lembrar, que tentava chorar, mas não conseguia. Estava se sentindo abafado: “Tem horas que a gente esquece... tem horas que a gente lembra e é ruim, eu tento não lembrar, mas durante a noite é pior”.

P2 afirmou que estava sofrendo demais com a perda do seu esposo:

“Parece que eu sofro mais que todo mundo, é muito intenso os meus sentimentos. Os primeiros dias foi de muita luta, muita ansiedade, de às vezes não querer sair da cama... e já fez seis meses, eu ainda sofro com muita intensidade, tem horas que fico pensando... podia acabar logo, passar logo este período de muito sofrimento, de muita dor”.

Como estratégias P2 relatou que às vezes pedia pela misericórdia de Deus, para ter forças para trabalhar. “Teve dias que eu não consegui trabalhar de tanta ansiedade, de passar mal”.

E1, falou que no decorrer da semana fez sua primeira viagem sem o esposo e que tentou se divertir, ouvir músicas, mas que estava sendo difícil:

Não parece a minha vida, porque tudo que eu fazia contava pra ele. Brincar, fazer piada... é estranho, gostava de compartilhar junto com ele... Tudo está incompleto, toda vez que coloca os pratos de comidas na mesa... Tudo está incompleto, até as roupas que coloca na máquina... Tudo está pela metade.

Sobre a metáfora do bolo de chocolate, uma das participantes trouxe um exemplo que aconteceu com ela sobre como não conseguiu controlar esses pensamentos e sentimentos presentes no luto: “Eu estava num culto e mediante um testemunho, eu e minha cunhada tivemos que passar pela dor, há momentos, como ocorreu conosco, que não conseguimos controlar, exemplo: datas, comidas, lugares que lembram”.

E2, compartilhou que mesmo que tentasse não se lembrar, era impossível: “Fico lembrando do dia do enterro. Todos os dias eu choro, às vezes o dia inteiro. O meu sofrimento tem sido tão grande que tenho pedido ao ‘Senhor’ para que ele me prepare e me leve também de tanta saudade que eu sinto dela”.

Sobre a metáfora da bola de piscina, seguem alguns relatos dos participantes. E1 disse:

Às vezes que eu tentei segurar pra não chorar naquele momento, depois foi pior, eu percebi isso. É como se uma represa com água que estourasse. A gente tenta controlar às vezes pelos outros, parece que os outros incomodam com o nosso choro, não sei por quê.

Contou que às vezes tenta preencher o tempo com outras coisas, mas também não funciona, sua capacidade de concentração está ruim. “Às vezes, eu pego um livro pra ler e leio um parágrafo de novo, de novo... Aí, por fim, eu perco a paciência e paro de ler”. Tenta também assistir TV, mas acontece o mesmo que na leitura: “Tenho que voltar as cenas diversas vezes”.

Já E2, declarou:

Eu choro três vezes por dia, no mínimo, então quando vem os sentimentos é inevitável, tudo que eu vou fazer me lembra ela. Às vezes, estou trabalhando e lembro, meu Deus, minha irmã não está aqui, aí começo a chorar. Mesmo que eu lute, tudo que eu tentar fazer para esquecer eu me lembro dela.

Sessão 3

Sobre a metáfora do buraco utilizada nesta sessão, seguem alguns relatos dos participantes. P1 relatou:

[...] o meu problema é mais à noite, na hora que vou deitar, aí vem os pensamentos. Penso na minha mãe e na minha irmã, às vezes, nem acredito que aconteceu, aí eu durmo pra esquecer. No outro dia, saio cedo e me ocupo com o trabalho, e quando chega um amigo e toca no assunto, vem tudo de novo.

Compartilhou a experiência “eu quero ver as fotos, só que ao olhar eu fico muito mal... Sinto mal, aquela dor forte... sinto mal [...]”. “Eu vejo os vídeos, não sei se paro ou se continuo”. Ficava se perguntando: “Com quanto tempo eu estarei preparado para ver as fotos e vídeos? Hoje ainda é difícil”.

Terapeutas destacaram que era importante respeitar o tempo de cada um, seus limites, sua dor, fazer isso aos poucos, de forma progressiva.

P2 afirmou:

Eu até tento, mas não queria estar sentindo o que estou sentindo. Fico querendo acelerar as coisas, para melhorar, para passar tudo isso rápido. Estou vivendo o processo. Evito os pensamentos, mas eu não consigo muito. Acordo pensando, vou para o trabalho, estou de boa e de repente, já vem o pensamento de novo, a angústia, a tristeza. Mas não procuro evitar muito, se eu tenho vontade de chorar, eu choro, se começo a lembrar dele eu paro aquele momento para lembrar. Sei que a saudade vai ficar para sempre, mas estou tentando eternizá-lo no meu coração.

A partir dos questionamentos levantados e da reflexão da metáfora os terapeutas levaram os participantes a perceber que suas estratégias de controle de pensamentos e sentimentos eram falhas.

E2 relatou:

[...] quando eu sinto muita saudade dela, a primeira coisa que faço é correr pra olhar as fotos dela. É como se eu tivesse ‘cavando um buraco’ porque já estou triste e olhando as fotos dela, me dá mais tristeza ainda, olho as fotos, as últimas mensagens de voz que eu tenho dela. Acabo me desesperando, chorando mais ainda e as pessoas têm que vir me socorrer, falar comigo, é esse exemplo que eu tenho sobre o que a metáfora me fez refletir.

Já E1 disse,

[...] eu tento ler um livro, assistir um filme, mas essas estratégias não têm funcionado, na tentativa de desfocar porque se eu fico pensando muito nisso acabo 'cavando mais o buraco', procurando culpados, que não vai resolver nada, quem pegou primeiro, onde pegou... Então, são estratégias pra tentar desfocar desses pensamentos inúteis, mas sei que não adianta.

Sobre as cenas do filme Beleza Oculta, trabalhadas nesta sessão, P2 relatou que

[...] eu evitava muito tocar no assunto, eu já saía para o trabalho e pensava, ninguém podia me perguntar nada, pois não queria falar sobre isso. Eu vivia muito o sentimento de culpa, quando eu me distraía. Às vezes, eu ia fazer a unha e pensava: nossa, mas o meu esposo se foi e eu estou aqui. Sentia muito esse sentimento de culpa. Agora eu tenho buscado me cuidar mais, me amar, pra eu conseguir continuar vivendo, porque, se não, a vida vai realmente perder o sentido igual o protagonista do filme. A gente vai fazendo as coisas mecânicas e esquece de cuidar de nós. Estou tentando olhar para mim mesma de novo.

Sessão 4

No início da sessão, os participantes compartilharam sobre a experiência da tarefa de casa. Segue a descrição da carta de E1:

Dona Morte, escrevo esta carta para dizer que estou devidamente indignada com a senhora, descumpriu severamente o meu acordo. Sempre disse que quando levasse meu esposo, não tardasse mais que horas ou dias para também me levar. No entanto, eis-me aqui após 4 meses da sua partida, e o pior me deixou aqui só com a sobrevida. Estou morta por dentro como um corpo vagando pela terra e cumprindo obrigações, que absurdo!! Todo dia a noite cobro de você o meu acordo e você nunca cumpre. Toda manhã me revolto por ter acordado 'viva'. Mas que vida é essa se meus objetivos, planos e propósitos se foram todos, quando você simplesmente resolveu levar meu marido, meu porto seguro, meu companheiro, meu apoiador e meu incentivador? A pessoa que me deu carinho que minha mãe nunca foi capaz de oferecer, que fez com que eu tivesse autoestima, que me colocou pra cima mesmo quando eu não acreditava em mim. Exijo que cumpra o nosso acordo! Essa sobrevida é uma desgraça completa. Não quero mais, já basta! Me leva o mais rápido possível! Já deu! Não aguento mais! Não estou pedindo muito, só quero ir para junto do meu amor. Não deve ser difícil morrer. A senhora já teve 120 dias para me levar. Vamos logo com isso! Não quero nada desse mundo. Meus filhos ficarão

com as tias-avós e também logo terão suas próprias vidas. Quem perdeu sua metade foi eu, companheiro da velhice, a pessoa que eu escolhi pra dividir tudo comigo, para se fazer carne da minha própria carne, só te peço isso. Me leve, me leve, me leve [...].

Os terapeutas ficaram impactados e emocionados com a carta. Validaram o sofrimento, acolheram seu choro e sua dor. Tentaram, depois, promover a esperança na participante, trazendo à reflexão sobre o que resta e pelo que valeria continuar a viver, apesar da dor e, aos poucos, conseguir ter condições de olhar para o que ainda tem no presente, para a expansão de sua existência.

E1 afirmou que só levantava todos os dias por conta de seus filhos. Terapeutas perguntaram, buscando promover a Flexibilidade Psicológica: “O que você está evitando de fazer para não viver?” E1 declarou, ainda:

Não tenho coragem de ir para academia. Não faço as comidas que ele gostava. Não assisto a filmes que ele assistia. Não ouço mais músicas, pois a maioria nós gostávamos igual. Praticamente tudo. Às vezes, até uma roupa. Por exemplo, a roupa em que eu o levei para o hospital eu nunca mais usei. As roupas dele, tudo que é dele... eu escondi tudo.

Terapeutas validaram a dor da participante e ao mesmo tempo reforçaram a importância de ela buscar realizar pequenos movimentos de vida, apesar da dor. Foi incentivada a refletir sobre que tipos de coisas, pequenas atitudes que poderia fazer para cuidar de si melhor, neste processo. Terapeuta disse:

Pequenos movimentos poderão até mesmo te levar a se sentir mais próxima do seu esposo (talvez como uma maneira de eternizá-lo). Cada um tem uma maneira de encontrar formas particulares de se conectar com quem se perdeu... e você pode encontrar a sua.

E1 afirmou que já consegue ver fotos, por um curto período de tempo. Terapeuta apontou a importância desse processo de entrar em contato com as contingências aversivas, por meio da exposição gradativa de memórias, pertences etc., mas que fizesse isso, respeitando os seus limites no momento.

Sobre a metáfora do atleta equilibrista utilizada nesta sessão, P2 afirmou que se via nessa batalha: “A gente precisa buscar as lembranças, apesar que ainda machucam muito, mas é um equilíbrio mesmo, o luto”. Relatou que naquela semana precisou muito ter esse equilíbrio, “se eu fosse olhar por mim, eu ficaria na cama, nem levantaria”. Estava buscando ferramentas para lhe ajudar, passou a fazer atividade física uma vez por semana. “Estou buscando fazer as coisas mesmo sem querer”. Fez sua primeira viagem com sua filha, sem seu esposo. Disse que foi muito difícil. Poderia ter sido um passeio melhor,

mas a tristeza a acompanhou. Afirmou que os finais de semana (momento quando o esposo voltava para casa de seu trabalho) eram mais difíceis. “Estou tentando, fazendo tudo que eu posso”. Fico querendo que passe, mas sei que vai ser no tempo certo que vai passar, eu sei disso”.

Terapeutas apontaram que viam o esforço e coragem dela para se abrir para viver a sua dor, por estar conseguindo cuidar das áreas de sua vida, apesar de todas as dificuldades e sofrimento. Ressaltaram ainda que era preciso entrar em contato com a vivência da dor da perda, pois, tentar apenas “se desligar”, não resolve a questão e, por vezes, só piora; e o que ela estava fazendo tratava-se da aceitação, abertura e disposição para sentir o que já estava lá. Continuou dizendo:

No luto, a abertura à experiência é criar disponibilidade para as coisas que surgem no processo de luto. Surgem pensamentos de ‘como vai ser minha vida daqui em diante’, ‘eu não vou aguentar a perda dessa pessoa’, ‘não vou conseguir ir em frente’. Surgem tristeza, raiva, culpa, mágoa, sensação de vazio, nó na garganta, sensação de entorpecimento, impulsos de não querer se cuidar, insônia etc. Às vezes essas sensações se misturam, é como um turbilhão de experiências e sensações ao mesmo tempo.

P1 disse, “Quando eu chego na casa dela que eu abro o guarda-roupas cheio as roupas... estou vivendo isso”.

Retomou-se acerca do quanto tentar ter o controle é o problema, a partir da compreensão de quais ferramentas que eles utilizam que não os auxiliam e pioram os seus estados de dor. A partir disso, realizou-se a introdução acerca de valores. Cada um pensou e elencou áreas mais valiosas de suas vidas que estavam de lado e que precisavam, aos poucos, serem retomadas.

Sobre a metáfora da convidada indesejada, terapeutas contextualizaram a metáfora:

A festa é a vida. A convidada indesejada são aquelas memórias, pensamentos e sentimentos desagradáveis no luto. Nessa situação você tem duas opções: ficar ‘vigilando’ esses pensamentos, sentimentos etc., e perdendo detalhes das experiências da vida. Ou você pode escolher abraçar o desconforto de tê-los ali ao seu lado às vezes, mas comprometer-se a caminhar em direção ao que lhe é valioso.

P2 relatou “Eu sei que preciso continuar, eu tendo um convidado chato ou vários convidados chatos ou não”, “Algumas vezes... a gente tá com esse monte de angústia, sentimentos misturados... sempre falo que é uma mistura... pela manhã, não sei nem definir o que eu estou sentindo, se é angústia, tristeza ou um movimento de tudo junto, sabe?”. Já, P1 disse “às vezes, a gente fica

perdido, não sabe o que está sentindo. Você fica aéreo, ainda bem que é por pouco tempo”.

Sessão 5

Os participantes compartilharam suas respostas da tarefa proposta no encontro anterior. P1 relatou que escreveu uma carta dedicada à sua mãe e à sua irmã, em resposta à pergunta: “Se eu pudesse voltar no tempo, o que eu faria de diferente seria [...]”:

Se eu pudesse voltar, faria mais por minha mãe e minha irmã. Conversaria mais com elas, diria o quanto as amava, algo que raramente fazia. Eu podia ter feito mais, ligado mais pra ela nas vezes que eu estava viajando. Evitaria o “peso” que estou sentindo (participante chorou).

Terapeuta validou e acolheu a dor que o participante estava sentindo. Explorou-se o sentimento de culpa por ele trazido. Participante afirmou que sentia muito pesar e culpa. Terapeuta o convidou a observar o sentimento de culpa, sem se fundir a ele. Buscou compará-lo a uma “nuvem escura” que vem em sua consciência, mas que se observar ela logo se desfaz. E solicitou que ele também observasse as outras nuvens que apareciam, dos momentos em que ele esteve lá, presente com elas.

O P2 compartilhou o exercício proposto respondendo à pergunta “gastei tempo demais preocupado com [...]”. Afirmou que se casou muito nova, perdeu muito tempo se preocupando com pensamentos bobos, por imaturidade. Mas que, com o tempo, foi amadurecendo, soube cuidar dos filhos e que não se arrepende de ter se casado nova. Relatou que viveu uma vida boa com o esposo, apesar dos problemas que todo casamento tem. Disse que os momentos difíceis que viveu em seu casamento lhe ensinaram a amadurecer. Terapeuta ressaltou a ideia de que a dor, quando encarada com abertura, pode produzir aprendizagem, apesar de ser difícil enxergar isso no primeiro momento.

Já E2 alegou:

Coloquei três áreas na vida e pontuei notas (família, espiritualidade e trabalho). Cheguei à conclusão de que, embora sejam áreas importantes, eu não estou dando a devida importância a elas. Por exemplo: na minha família sei que tenho um vazio, mas sei também que tenho minha mãe, irmã. Não dei a importância pra elas nessa dor. É que a dor acaba sendo muito grande: não quero estar aqui! Acabo não vendo a importância para vê-las. Eu preciso fazer valer a pena. A minha espiritualidade... esses últimos meses não tenho dado muita importância, porque eu orava e hoje em dia ainda falo com Deus, escuto louvores, mas ainda não consigo

orar, ajoelhar... (como era antes). Preciso dar uma importância maior a isso também. E o trabalho, depois que ela partiu, continuei entregando resultados, mas esses últimos tempos... fui entrando numa tristeza profunda, percebo que tenho dificuldade de me concentrar; no final do dia não consigo fazer as coisas tão rápido, perco o foco.

Na tentativa de integrar os processos de flexibilidade psicológica já trabalhados até aqui, a supervisora (segunda autora), fez a seguinte pontuação:

Aceitação é olhar para dor que vocês estão vivendo, mesmo que isso não seja algo fácil... e, mesmo assim, apesar dessa dor, buscar fazer coisas que são importantes pra vocês. Ter consciência de que às vezes irão vivenciar sentimentos muitas vezes contraditórios. Por exemplo: feliz e triste (em certas situações) e que nesses momentos, aos poucos, vocês possam notá-los. Esses sentimentos aversivos, às vezes, podem te paralisar. Outras vezes, o contato com eles, pode fazer você chorar... e que ainda assim, apesar de ser doloroso, você pode construir uma vida valorosa. Desejo que vocês consigam, na medida do possível, adotar essas duas perspectivas. Em algum momento, vocês vão precisar abraçar esse desconforto. Entender que essa dor vai estar aí por um tempo, ou talvez por toda vida (porque são pessoas importantes pra vocês), mas que aos poucos vocês abracem também outras experiências, as boas, as experiências que a vida vai apresentando.

Logo após os participantes compartilharem suas vivências emocionais diante do trabalhado até aquele momento na sessão, utilizou-se a metáfora das pílulas. Todos disseram que não tomariam a pílula que os libertassem da dor, mas que apagassem de suas memórias tudo o que amam. Entrou-se na reflexão que com o amor, pode vir o preço da dor da perda. Mas que, é melhor ter amado, do que não ter sentido e vivido tudo o que viveu com aquela pessoa.

Acerca das reflexões sobre como o luto restringia a vida dos participantes, através do questionamento: “Quais atividades, lugares, coisas etc. vocês evitam devido a(s) perda(s)?”, P2 disse que tudo passou a ser difícil de realizar nas suas rotinas, porém fazia mesmo assim. Já P1, afirmou que deixou de realizar atividades que antes fazia com os entes queridos, como reuniões em família, e também passou a recusar convites de amigos. Disse que por enquanto não se sentia preparado para retomar estas atividades.

E2 compartilhou: “Eu amava cozinhar, mas perdi essa vontade depois que ela partiu”. No entanto, durante a semana afirmou que saiu com sua mãe e irmã, “foi estranho, estava faltando uma pessoa. Não foi 100% ruim. Não porque eu estava com eles, mas, em vários momentos, eu pensava, se ela estivesse aqui [...]”.

Compartilhou-se imagens que demonstravam parte da vivência deles, sobre a dor e a vida. A imagem consistia em dois círculos que ilustravam essas duas instâncias separadas, mostrando que a dor não é a vida, mas ela, em certos momentos, se aproxima ou espreme o espaço da vida, quando passamos por determinadas situações, seja de dor física ou emocional como a do luto. E então, a pessoa vai convivendo com essa dor e a vida passa a ter um espaço bem limitado. A reflexão feita pela supervisora, nesse momento da sessão pode ser observado a seguir:

Quando passamos por experiências assim, parece que a vida vai se restringindo, a gente deixa de sair, encontrar pessoas, trabalhar, encontrar prazer na vida. Em algum momento, essa dor vai tomando espaço dessa vida – a dor vai crescendo, ficando tão grande que vai restringindo o espaço da nossa vida e todas aquelas experiências que são importantes para nós. Por algum tempo, essa dor ocupa muito espaço na vida... e aí é o momento em que a pessoa busca um tratamento pra ajudar no alívio dessa dor, que é algo que você tem feito, por exemplo, aqui nesse grupo. À medida que você vai cuidando, com o tempo essa dor vai diminuindo, não é do dia pra noite... é com os tratamentos, com a vivência do luto, da sua dor, é reaprendendo a viver sem aquela pessoa tão querida. A gente sabe que em alguns casos ficar 100% livre da dor pode ser um sonho distante. Eu penso que é provável que em alguma medida você sempre vai sentir saudade da sua irmã, o que não significa viver na dor. Mas, que em algum momento da sua vida, a dor vai reduzir um pouco no espaço da vida, ela vai continuar coexistindo na sua vida (porque ela é uma pessoa muito importante pra você). Então, significa que não há o que ser feito diante disso? Muito pelo contrário, tem muito a ser feito pra aumentar esse espaço da vida. Isso vai acontecendo à medida que você vai se aproximando de coisas, pessoas que são significativas pra você. Consegue ver como é possível que, aos poucos, você saia do estado da dor “dominante”? Como aumentar a vida?

E2 respondeu: “É... Ainda estou na primeira imagem onde a dor é maior que o espaço da vida, mas acredito muito que um dia eu vou estar igual a segunda imagem, eu creio muito e faz total sentido. Estou trabalhando para isso”. E2 relatou ainda que assim que sua irmã morreu quis abandonar a sua profissão, que tanto batalhou para conseguir durante 5 anos. Porém, refletiu que não devia fazer isso, e resolveu continuar. Percebeu que estava tentando aumentar o espaço da vida, como na imagem trabalhada, continuando com a sua profissão e tentando aproveitar a família.

Por fim, a partir da realização da vivência de *mindfulness*, adaptada da metáfora dos passageiros no ônibus já descrita anteriormente, abriu-se espaço

pra reflexão. E2, compartilha sobre seus “monstros no ônibus” do luto e através da metáfora passou a compreender a necessidade de coexistir com eles e prosseguir sua jornada de vida.

Sessão 6:

Nesta sessão, a partir da metáfora do pântano, os participantes fizeram as seguintes reflexões: P1 disse que o começo da metáfora remetia à vida dele. Afirmou que, no início dos encontros, viu que tinha que passar pelo pântano e foi difícil. Só que, no momento, percebia que estava ficando menor a distância (entre onde ele estava e onde gostaria de estar) e sabia que um dia chegaria lá, “do outro lado do pântano”.

Terapeutas validaram a dor de P1, e contextualizaram o seu processo de luto comparando a metáfora do pântano, afirmando:

Você já tem adentrado o pântano do luto, o que antes era insuportável para você. No início dos encontros, você estava evitando essa travessia difícil, procurava outras rotas, que não levavam a lugar algum (evitar falar, evitar sentir, entrar em contato com a dor das perdas). Aos poucos, você vem andando nesse pântano, às vezes, precisou parar para descansar, mas tem continuado.

A supervisora também pontuou que, apesar da dor ser imensa no luto, percebia que as ferramentas utilizadas produziram significados na vida de P1 e que o motivava a continuar a viver e a caminhar em direção inclusive das pessoas que lhes são importantes. P1 confirmou dizendo que, no primeiro encontro, não conseguia falar direito sobre o assunto, quando falava “desabava”, era muito difícil. Mas que, no decorrer do processo, foi aprendendo como lidar com as situações e que agora conseguia “caminhar mais suave”. Relatou que foi muito válido tudo que aprendeu, que estava buscando coisas que lhe faziam bem. Alegou que havia pensado, no início da perda, em tirar a sua vida, que nada fazia mais sentido, mas que aprendeu no grupo que deve continuar a jornada de vida, que está vivo e que é difícil, mas que precisa passar por esse processo. Por fim, agradeceu aos envolvidos no projeto pela dedicação, e afirmou ter ajudado bastante.

E2 afirmou que foi muito válido participar do projeto. A sua dor ainda era intensa, mas acreditava que, aos poucos, estava aprendendo a lidar com a sua perda, com seu sofrimento. Estava utilizando das estratégias aprendidas durante os encontros, no dia a dia e que seguiria fazendo isso.

Os terapeutas também compartilharam as suas vivências e emoções, durante o processo, relatando também o que percebiam de melhoras nos

participantes: maior aceitação da dor, se permitir viver a sua perda, mais autocompaixão, esforços para seguir a vida e aumentar o contato com pessoas e coisas que lhes traziam mais significado.

Todas as ferramentas foram recapituladas, incentivando cada um a utilizá-las no dia a dia, e nos momentos de maior desafio, no luto, tentando colocar em prática tudo o que aprenderam.

Importante mencionar, ainda, acerca das desistências e faltas recorrentes de alguns participantes nos grupos. O P3 participou apenas da primeira e da segunda semana do protocolo. Conforme já mencionado, era uma participante que sabia transitar livremente pela dor sem ficar presa nas “armadilhas da mente”. Nas primeiras sessões, teve espaço para falar sobre seus lutos e sem dúvida era uma enlutada que denotava ter mais recursos para lidar com o sofrimento. Acredita-se que esse fator influenciou a desistência na participação dos encontros. Já a P4 participou apenas do primeiro encontro e compartilhou grande dificuldade em expressar seus sentimentos. Isso pode ter levado à desistência de sua participação no grupo.

A participante E1 parecia ter maior dificuldade de compreender os processos de intervenção da ACT, o que, talvez, justifique as suas ausências nos dois encontros finais. E2 se mostrava muito interessada em adquirir recursos que lhe auxiliasse em seu luto, no entanto, seu “nível de energia” permaneceu baixo em todos os encontros. Talvez porque, no caso dela, sua perda era muito recente e o grau de vínculo, com a irmã que faleceu, muito intenso. Apesar desses dificultadores, percebeu-se que a cada encontro se permitia viver o luto, uma vez que não tinha espaço para tal, na preocupação de apoiar a sua família. Por fim, os enlutados P1 e P2, foram os mais engajados e assíduos no decorrer de todo o projeto, e, inevitavelmente, os que tiveram maiores melhoras no desenvolvimento dos processos de flexibilidade psicológica trabalhados.

Discussão

A proposta da ACT não é eliminar os eventos privados e sim proporcionar abertura para vivê-los da forma como são, ou seja, pensamentos, memórias, sensações e sentimentos. O foco é ensinar o indivíduo a conviver com as suas experiências desagradáveis tanto quanto é possível com as agradáveis. Para que isso ocorra é necessário a “quebra” do sentido literal dos processos mentais, sendo este um dos objetivos seguidos da clareza de ações comprometidas com valores (Saban, 2008).

O formato de intervenção grupal trouxe a possibilidade de observar a amplitude de significados do luto intrínsecos na construção de identidade de cada enlutado. Observou-se como cada participante se relacionava com a sua

dor, quais os recursos e os déficits que dispunham para lidar com essa ruptura irreversível em suas vidas.

Na sessão 1, os participantes compartilharam como têm enfrentado suas experiências externas e psicológicas relacionadas com os seus lutos. Através dos relatos observou-se algumas tentativas de controle de eventos encobertos (memórias, sensações, pensamentos, sentimentos) que eram dolorosos, resultando no processo de **esquiva experiencial**. Esta estratégia acontece quando uma pessoa evita acessar suas experiências privadas e procura modificá-las a seu favor, mesmo que o contexto não exija isso (Hayes *et al.*, 2021). Como por exemplo: na tentativa de P1 de não pensar em sua mãe e irmã e de se manter ocupado na maior parte do seu tempo, estava claramente lutando para deixar de entrar em contato com seus eventos privados desconfortáveis (pensamentos, sensações, memórias e sentimentos). De modo semelhante, P4, ao afirmar que evitava falar da perda de sua tia para não sofrer mais ainda. No geral, percebeu-se que a esquiva experiencial se apresentou na experiência de todos os enlutados, enquanto passavam pela dor da perda de um ente querido. Logo, fazia muito sentido explorar e incentivar atitudes de desistência de estratégias ineficazes, como a tentativa de se livrar de seus sentimentos dolorosos, conforme apontado por Hayes, Barnes-Holmes e Roche (2001).

Durante o processo terapêutico, buscou-se ferramentas da ACT para auxiliá-los a se relacionar com o luto de forma mais flexível. Por meio da **metáfora do machucado** (elaborada pelos terapeutas) os participantes demonstraram esperança com a proposta do projeto e afirmaram interesse em aprender como vivenciar seu sofrimento de forma mais saudável e eficiente.

A ACT, enquanto abordagem contextual, parte do pressuposto de que as tentativas de controle dos eventos privados desagradáveis não funcionam, uma vez que estes não podem ser manipulados devido à sua natureza histórica, e porque as tentativas de suprimi-los ou removê-los pioram ainda mais a sua intensidade e impõem mais sofrimento do que já está lá. As consequências de “engavetar ou silenciar” experiências privadas causam mais danos do que ao entrar em contato (Steven *et al.*, 2021).

Observou-se que os participantes P1, P2 e P4 (Grupo 1), E1 e E2 (Grupo 2) estavam em sofrimento intenso “mergulhados” em sentimentos de solidão, vazio existencial intenso, com baixas perspectivas de suas capacidades de lidar com tamanha carga emocional. Apenas o P3 possuía mais recursos para lidar com as perdas que teve (sua sogra e cunhada). Permitia-se viver as nuances (tristeza e alegrias etc.) do luto e que conseguia, assim, se mover na vida apesar da dor. Os demais participantes apresentavam estratégias ineficientes (como evitar entrar em contato com a dor, evitar situações que lembravam o ente querido, se recusar a falar sobre a perda ou sobre qualquer coisa que

lembrasse a pessoa etc.) de lidar com seu sofrimento. Ao utilizar a estratégia da desesperança criativa, abriu-se espaço para que avaliassem como estavam lutando para melhorar, mas que, com as ferramentas utilizadas, o buraco da dor só aumentava, conforme destacado em inúmeras obras da ACT (Hayes *et al.*, 1999; Hayes *et al.*, 2001; Hayes & Smith, 2005; Harris, 2009; Harris, 2013).

Além disso, ao discorrer sobre os significados que o luto tem culturalmente e como isso reflete nos discursos que invalidam a experiência de dor no luto, pôde-se abrir espaço para que os participantes se desprendessem dos julgamentos das pessoas e assim se sentissem compreendidos, além de mais abertos a experienciar o que a ACT chama de **sofrimento limpo** (Hayes & Hayes, 1992). Quando o indivíduo fica preso no sofrimento sujo (se fecha para novas experiências a fim de evitar a vivência de certos sentimentos e pensamentos avaliados como aversivos), ocorre restrição comportamental, levando à diminuição do acesso a reforçadores positivos, o que, empobrece a vida e o distancia de uma vida que vale a pena ser vivida (Hayes & Hayes, 1992; Harris, 2009; Harris, 2013).

As práticas de *mindfulness* objetivavam promover a atenção plena às sensações físicas e emocionais presentes, na tentativa de ampliar o contato com emoções aversivas que os participantes tentavam suprimir ou reprimir. De acordo com a ACT, mais do que levar a pessoa a se sentir bem, parte do trabalho do terapeuta consiste em ajudá-lo a sentir as emoções ali presentes (Sousa *et al.*, 2022). Diversos autores apontam como o papel da ACT não se trata de eliminar ou reduzir emoções, mas promover ampliação de repertório comportamental, de modo flexível (Harris, 2009; Harris, 2013; Luoma *et al.*, 2007; Luoma *et al.*, 201).

Utilizaram-se metáforas (metáfora do bolo de chocolate e da bola na piscina) para identificar as tentativas de controle de sentimentos e pensamentos que cada enlutado praticava e refletir sobre como isso piorava ainda mais o sofrimento. Os participantes relataram que suprimir, evitar e até expulsar pensamentos, memórias e sentimentos não funcionava a longo prazo. E1, por exemplo, afirmou que percebia que “guardar emoções na gaveta” as tornavam mais intensas, e que, estava se permitindo chorar quando suas emoções vinham à tona, evidenciando, assim, maior abertura à experiência. Os demais participantes também sentiam que suas estratégias de controle (ler um livro, assistir TV, tentar não pensar na perda etc.), consumiam muita energia e acabavam sendo improdutivas. P2 (que na primeira sessão não conseguiu falar sobre sua perda), se permitiu, após a reflexão das metáforas, falar sobre o seu luto, evidenciando abertura e disposição para sentir a dor, iniciando, assim, seu processo de aceitação. Os participantes compreenderam que seus esforços de fuga e evitação da dor não eram eficazes e iniciaram sua jornada,

caminhando rumo a uma maior flexibilidade psicológica, o que, segundo a ACT, proporciona maior espaço para se abrir para uma vida mais rica e significativa (Hayes & Smith, 2005; Luoma *et al.*, 2007; Luoma *et al.*, 2018).

É importante destacar que o próprio processo terapêutico precisa ser flexível (Luoma, *et al.*, 2018). Embora tivéssemos um protocolo estruturado sessão a sessão, vez ou outra foi importante retomar processos já trabalhados, com o propósito de trazer à consciência de cada participante, os momentos em que acabavam caindo em certas “armadilhas” ao se deparar com a dor, no dia a dia. Isso aconteceu com frequência com a estratégia de desesperança criativa. Vez ou outra as suas “pás” eram identificadas e observadas como ferramentas improdutivas que só aumentavam mais o buraco. Novamente, eles eram convidados a observá-las e soltá-las, abrindo-se assim, possibilidades de escolhas mais eficazes.

A intervenção adotada de pedir que escrevessem uma carta a um sentimento ou ao(s) ente(s) querido(s) foi importante para observar diversos processos de inflexibilidade psicológica, descritos pela ACT. Inflexibilidade ocorre quando o indivíduo se fecha às novas experiências para evitar sofrer mais (Luoma *et al.*, 2007). Todos os participantes estavam em esquiva experiencial. Importante ressaltar que esta não é boa nem ruim por si mesma. É ruim quando paralisa o indivíduo e o impede de viver a vida de maneira significativa (Harris, 2011). Era o que estava acontecendo na vida de todos eles. Estavam se afastando de coisas e pessoas que lhes eram importantes porque não queriam ser avaliados como fracos, não queriam chorar na frente delas ou mostrar seu momento de vulnerabilidade.

Foi muito importante, desta forma, clarificar valores no processo terapêutico, conforme destacado por Luoma, *et al.* (2018). As intervenções utilizadas para este fim se mostraram úteis. Abordou-se sobre valores, aceitação e evitação no luto por meio da analogia de “um atleta equilibrista”. Todos se identificaram com a metáfora, perceberam seus esforços diários e a necessidade de se engajarem mais para seguirem a vida de forma significativa, mesmo diante da ausência dos seus entes queridos. As metáforas do ônibus e da convidada indesejada também auxiliaram na perspectiva de continuidade da vida e no engajamento na reconstrução desta, apesar de ter que conviver com os visitantes chatos, como a dor, a saudade, a culpa, sentimento de vazio, sentimento de estar perdido etc.

Outra ferramenta útil na clarificação de valores foi a técnica SMART. A partir das respostas dos participantes e das reflexões feitas no grupo, algumas experiências foram observadas: gratidão pela vida que levou enquanto o ente querido estava vivo; sentimento de culpa por não ter sido tão presente quanto gostaria; percepção de como vivemos no automático e, muitas vezes, nos

distanciamos do que verdadeiramente importa. Luoma, *et al.* (2018) elucidam como o processo terapêutico pode auxiliar no alcance de uma vida mais valiosa, ao se comprometer com ações dirigidas aquilo que é importante para cada um. Observou-se que os participantes puderam compreender que apesar da dor e da culpa, ainda poderiam fazer escolhas que lhes trouxessem mais sentido no seu viver.

A imagem que ilustrava o espaço da vida e o da dor, trazida pela segunda autora como uma metáfora de como a dor pode preencher todo o espaço da nossa vida, trouxe reflexões para cada um de como era normal que isso acontecesse e do que poderia ser feito, gradativamente, para que o espaço da vida (abertura às experiências importantes) aumentasse. Os participantes compartilharam que ainda se viam na imagem da dor ocupando maior espaço que a vida, mas que, isso lhes davam esperança e direcionamento de como aumentar o espaço da vida, para, aos poucos, ela se ampliar em detrimento da dor. Admitindo a importância de que o próprio terapeuta atue de forma flexível (Luoma, *et al.*, 2018), observou-se como a utilização desta imagem auxiliou na visualização da experiência de cada um, permitindo pensar sobre a sua vida e apontando caminhos para construção de uma vida que vale a pena viver, mesmo na ausência de pessoas tão queridas.

Outra metáfora fundamental no processo do grupo foi a metáfora das pílulas. Esta metáfora ilustra um dos principais pilares da ACT: a dor é inerente à vida (Hayes & Smith, 2005). Viver uma vida valiosa envolve a vivência tanto de experiências positivas quanto negativas. Não tem como evitar a dor psicológica (se amamos, estamos correndo risco de sofrer) e sim usar recursos para não a aumentar ou não a tornar pior. Nada é capaz de nos preparar para momentos como o de luto (Harris, 2011/2020) Quanto mais forte a vida bate na nossa cara, mais dor sentiremos. Harris (2011/2021) acrescenta ainda que não há uma única maneira ou uma forma correta de reagir à perda, sendo que, a terapia, nestes casos, deve ajudar a pessoa a cuidar de si, vivenciar seus sentimentos e seus pensamentos de forma aberta, reaprender a viver e a reconstruir a vida, aos poucos. Neste aspecto, observou-se, ao final do processo terapêutico, que todos os participantes que permaneceram até o final estavam mais flexíveis: maior aceitação e mais ações comprometidas com seus valores, que eram os principais objetivos do Projeto Amparo.

Finalmente, as metáforas dos **passageiros no ônibus** e a do **pântano**, reafirmavam a possibilidade de continuar a viver, apesar da dor. Todos adotaram a perspectiva da continuidade de suas jornadas de vida, mesmo diante do sofrimento da ausência do ente querido, rumo à construção de uma vida mais rica e valiosa. Foram, então, recapituladas todas as ferramentas trabalhadas nos encontros, incentivando a todos os participantes a praticarem estes recursos

que aprenderam. Luoma *et al.* (2007) apontam que flexibilidade psicológica não se alcança como algo estático, são processos que devem ser praticados e trabalhados ao longo da vida. Uma vez que aprendemos a identificar os momentos em que somos “fisgados” por um dos processos de inflexibilidade, podemos, a partir da observação de que ficamos “presos”, nos soltar mais facilmente, empregando as estratégias aprendidas (Polk *et al.*, 2016).

Por fim, este projeto se caracterizou como um estudo exploratório descritivo, criado num formato breve, de 6 sessões, *on-line* e grupal, com pessoas enlutadas pela covid-19, a partir dos princípios da ACT. Trata-se de uma tentativa de oferecer um protocolo que possa nortear as práticas terapêuticas, a partir de mais pesquisas que explorem a sua viabilidade e utilidade para este tipo de demanda, seja no formato individual ou grupal.

REFERÊNCIAS

ABEC – Associação Brasileira de Estudos Cemeteriais (2020). *Guia para pessoas que perderam um ente querido em tempos de coronavírus*. Recuperado de https://www.estudoscemeteriais.com.br/_files/ugd/a77533_902c8c6ce84e-4db587e341e0df63de7c.pdf

Blackledge, J. T. (2015). *Cognitive Desfusion in Practice*. Oakland, Califórnia: Context Press, An Imprint of New Harbinger Publications, Inc.

Harris, R. (2009). *ACT made simple: an easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.

Harris, R. (2011/2021). *The reality slap*. London, UK: Robinson, Inc.

Harris, R. (2011). *Liberte -se: evitando as armadilhas da procura da felicidade*. Nascimento, H. M. A (trad.). Rio de Janeiro: Agir.

Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT: a clinician's guide to overcoming common obstacles in acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.

Hayes, S. C., & Hayes, L. J. (1992). Verbal relations and the evolution of behavior analysis. *American Psychologist*, 47, 1383-1395. Doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.47.11.1383>

Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life: The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA.: New Harbinger Publications, Inc.

Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahu, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente*. Tradução Rosa, S. M. M. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Hayes, S. C., Strosahl, K.D., & Wilson, K.G. (2003). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York, NY: The Guilford Press.

Hayes, S. H, Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2021). *Terapia de aceitação e compromisso. O processo e a prática da mudança consciente*. Rosa, S. M. M. (trad.). Porto Alegre: Artmed.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2018). *Learning ACT*. Oakland, CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

Polk, K. L., Schoendorff, B., Webster, M., & Olaz, F. O. (2016). *The Essential Guide to the ACT Matrix: A Step-by-Step Approach to Using the ACT Matrix Model in Clinical Practice*. CA: New Harbinger & Reno, NV: Context Press.

Saban, M. T. (2008). *Terapia de aceitação e compromisso (ACT)*. Trabalho de conclusão de curso, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, SP, Brasil. Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/18600/2/Michaele%20Terena%20Saban.pdf>

Saban, M. T. (2015). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso*. Belo Horizonte: Artesã.

Sousa, A. C. A., Carvalho, B. Q. G., & Prado, F. (2022). Estratégias da terapia de aceitação e compromisso para vivência e manejo do luto. Em Fonseca *et al.* (Orgs.). *Luto: teoria e intervenção em análise do comportamento* (pp. 221-242). Curitiba: CRV.

Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: A Practitioner's Guide to Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Zettle, R. D. (2007). *ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance & Commitment Therapy in Treating Depression*. United States: New Harbinger Publications.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 3

EFEITOS DE UM PROTOCOLO ONLINE BREVE DE ACT EM UM CLIENTE COM ANSIEDADE DE DESEMPENHO

Ana Carolina Aquino de Sousa
Ruama Silva de Queiroz

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

A ansiedade pode ser compreendida como mecanismo evolutivo, isto é, uma ferramenta que nos ajuda a detectar o perigo e adotar as medidas necessárias para lidar com ele. No entanto, esse recurso adaptativo muitas vezes, em função dos processos de aprendizagem pavloviana e dos processos verbais, pode levar o indivíduo a experimentar sofrimento intenso mesmo na ausência de ameaças reais à sobrevivência, impactando em prejuízo ou sofrimento em uma ou em várias áreas da vida. Barcellos, Burigo, Agostinho e Katz (2017) apontam que a ansiedade pode, então, se tornar um transtorno psiquiátrico que refletirá uma combinação variável de sintomas físicos, pensamentos catastróficos e alterações de comportamento.

Os transtornos de ansiedade podem se manifestar em diversas faixas etárias e acometer qualquer pessoa, inclusive profissionais de saúde como médicos, psicólogos, veterinários, odontólogos etc. Este artigo apresenta um estudo de caso em um cliente, estudante de odontologia, que sofre de ansiedade relacionada à execução dos procedimentos profissionais na prática de seu estágio.

Melo, Gercina, Amorim, Nascimento, Takeshita e Souza (2021) realizaram um estudo observacional transversal apontando esta dificuldade experimentada neste grupo profissional. Observou-se que o momento que mais causava ansiedade era no dia anterior ao procedimento odontológico e que os procedimentos mais invasivos, tais como cirurgia oral e endodontia, geravam maior ansiedade aos estudantes. O estudo apontou ainda que os estudantes de odontologia apresentavam ansiedade frente a procedimentos aos quais, muitas vezes, estavam aptos a realizar. Os autores do estudo concluíram que a autoavaliação do grau de ansiedade pode desenvolver nesses estudantes maior empatia, tranquilidade e segurança durante o atendimento odontológico. Quando o sentimento de ansiedade ocorre diante da perspectiva do tratamento odontológico, este tem sido denominado de ansiedade odontológica (Basudan, Binanzan & Alhassan citado por Melo *et al.*, 2021).

A ansiedade pode afetar o aprendizado, pensamento crítico e a performance clínica (Sampaio, 2020). No ambiente acadêmico, o estudante de odontologia está exposto a muitas situações de estresse e em níveis mais elevados que a população em geral, afetando negativamente a saúde física e mental. Esses altos níveis podem ser ligados às cobranças clínicas, a grande quantidade de trabalho a ser feito e a avaliações em provas e em atendimento clínico (Basudan, 2017). Piazza-Waggoner (2003) enfatiza que foi notado em atendimento tanto de crianças quanto de adultos, que o estudante, na maioria das vezes, apresenta níveis de ansiedade maiores que os clientes (Peretz, 2004).

Apesar de existir uma ansiedade significativa por parte dos estudantes de odontologia, a revisão integrativa realizada por Rodrigues, Frota, Frota e Teixeira (2019), identificou que grande parte dos estudos relacionados à ansiedade odontológica trata-se de análises da qualidade de vida de pacientes. Portanto, estudos que analisam a qualidade de vida dos estudantes de odontologia e não de seus pacientes, ainda são escassos na literatura, aumentando assim a importância deste estudo para a literatura.

A maioria dos comportamentos típicos dos transtornos de ansiedade pode ser explicada, segundo a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT – *Acceptance and Commitment Therapy*, em inglês), por meio da esQUIVA experiencial, ou seja, indivíduos com padrões de ansiedade buscam se esquivar não apenas das situações que inicialmente foram aversivas ou outros eventos relacionados a elas, mas principalmente, das sensações de ansiedade em si. Quando estes indivíduos buscam por terapia, geralmente, esperam se livrar das sensações de ansiedade (Moriyama & Amaral, 2007). Bardeen e Fergus (2016), evidenciaram o quanto os processos de fusão cognitiva e esQUIVA experiencial podem interferir e intensificar o sofrimento proposto por uma psicopatologia.

A ACT propõe trabalhar a esQUIVA experiencial, a partir da promoção de uma atitude de aceitação de pensamentos e emoções como realmente são, e não como parecem ser. Segundo Hayes (1987), a proposta primordial da ACT seria levar o indivíduo a aceitar as sensações de ansiedade, entre outros eventos privados considerados aversivos e se comprometer a modificar comportamentos de esQUIVA de uma série de situações. Com isso, seriam alteradas as contingências realmente responsáveis pelas sensações aversivas. Uma vez livre da luta contra as próprias avaliações, pensamentos e sentimentos, as pessoas podem agir de modo produtivo sobre seu ambiente (Vandenberghe & Sousa, 2006).

A relação terapêutica apresenta condições ideais para que a aceitação proposta pela ACT possa ser colocada em prática. Em alguns casos, o comportamento de esQUIVA emocional é visto como comportamento problema: ocorre na sessão (em momentos de intimidade e afeto), e ao ser observado e sinalizado pelo terapeuta, coloca o cliente em contato com a situação aversiva

e com os sentimentos que ela produz (Brandão, 1999). Nesse momento, é fundamental que o cliente, sem poder se esquivar da situação e do sentimento, possa aprender a tolerar suas próprias reações emocionais, vivenciá-las. Isso caracteriza o processo de aceitação, descrito em todas as psicoterapias e definido por Kohlenberg e Cordova (1994), como tolerar emoções e estímulos que podem estar associados com uma situação aversiva sem fugir.

A estratégia terapêutica envolveria a aceitação dos sentimentos perante a situação aversiva. Kohlenberg e Cordova (1994) associam essa proposta à Psicoterapia Analítico-Funcional (FAP), uma vez que acreditam que a aceitação deve ser produzida na relação terapêutica. Segundo Kohlenberg, Tsai e Kanter (2011), a abordagem terapêutica ACT pode ser utilizada em conjunto com os pressupostos da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), tendo em vista que direciona a mudança clínica a partir da relação terapêutica.

A ACT surgiu na década de 80, dentro de um contexto que foi denominado posteriormente (Hayes, 2004) de Terapias de Terceira Onda, em que analistas do comportamento passaram a considerar tanto a subjetividade (eventos como pensamentos e sentimentos) do cliente, quanto à relação terapêutica (Chagas, Guilherme & Moriyama, 2013). Seu nome vem de uma das suas principais ideias: aceitar o que está fora do seu controle e comprometer-se a tomar ações que deixem a vida mais plena. O objetivo é ajudar a criar uma vida plena e significativa, enquanto aceitamos o sofrimento psicológico que a vida traz (Harris, 2009; Rodrigues, 2017).

A proposta da ACT consiste em ensinar habilidades para lidar com pensamentos e sentimentos dolorosos, de tal forma que eles passem a gerar muito menos impacto e influência. Muitas vezes, quando experimentamos pensamentos, sentimentos e sensações dolorosas, respondemos de maneira prejudicial a longo prazo. Por isso, um dos principais pontos da terapia é ensinar as pessoas a lidar com a dor de forma mais eficaz através do uso de habilidades de *mindfulness* (Rodrigues, 2017).

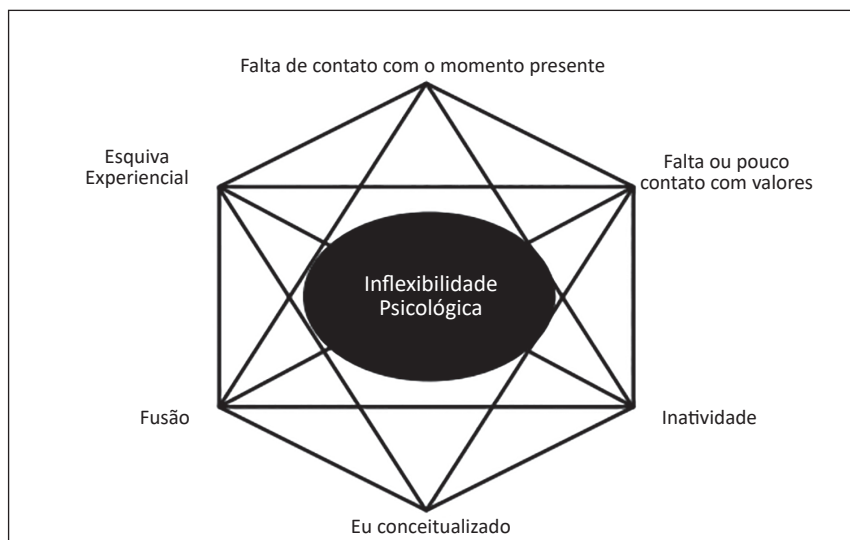
Embora a terapia normalmente reduza os sintomas, a redução, como um fim em si mesmo, nunca será um objetivo na ACT. Assim, quando habilidades são ensinadas ao cliente, o objetivo é operar uma mudança fundamental no seu relacionamento com seus sintomas e focar na construção de uma vida rica e significativa. O fato de os sintomas diminuírem é considerado um “bônus” e não o principal ponto da terapia. Mesmo assim, em quase todos os 20 ensaios e estudos realizados em ACT, há uma redução significativa dos sintomas – embora, às vezes, ocorra mais lentamente do que em outros modelos (Harris, 2009).

O modelo de psicopatologia da ACT pode ser representado por um hexágono, denominado hexaflex, no qual cada um dos vértices representa um dos processos que, segundo os autores, contribuem para o sofrimento

humano e que, quando interagem entre si, dão origem à inflexibilidade psicológica, ou rigidez comportamental (Luoma, Hayes & Walser, 2007; Boavista, 2012).

Segundo a descrição do hexaflex por Luoma *et al.* (2007), citado por Kovac (2018), e ilustrado na Figura 1, no centro do diagrama está a inflexibilidade psicológica, termo usado para se referir à interação de seis processos:

Figura 1
Hexaflex da psicopatologia



Nota: Luoma *et al.* (2007) citado por Kovac (2018).

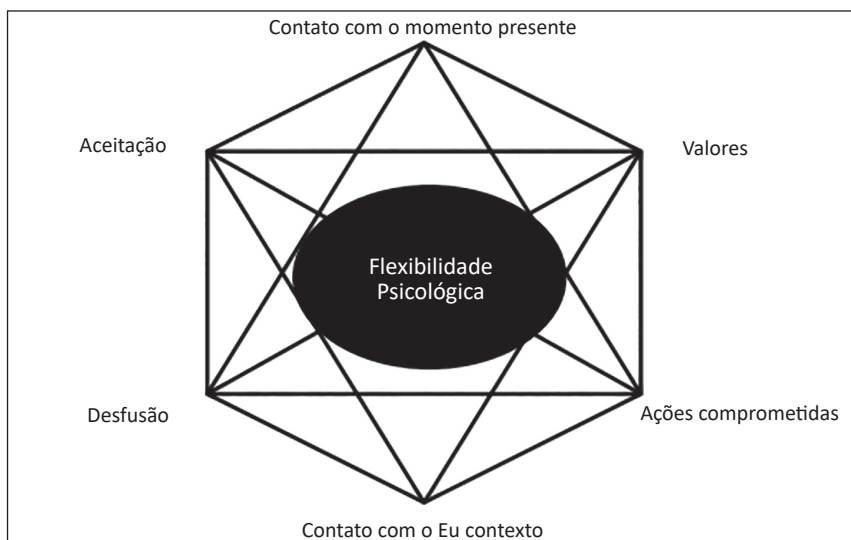
1. esquiva experiencial: tentativa de controlar ou alterar a forma, a frequência ou a sensibilidade situacional das experiências internas (isto é, pensamentos, sentimentos, sensações ou memórias), mesmo quando tal controle é prejudicial ao indivíduo;
2. fusão cognitiva: tendência dos seres humanos a serem controlados pelo conteúdo do que estão pensando, de modo que o pensamento predomine sobre outras fontes úteis de regulação comportamental;
3. dominância dos conceitos relacionados ao passado ou ao futuro, autoconhecimento limitado;
4. apego ao eu conceito;
5. falta de clareza quanto aos próprios valores ou pouco contato com eles; e,
6. inatividade, impulsividade ou esquiva persistente.

O reverso do hexaflex da psicopatologia (inflexibilidade psicológica), que constitui objetivo central da ACT, é então composto pelos seis processos que interagem para aumentar a flexibilidade psicológica. Na descrição apresentada por Hooper e Larsson (2015), citado por Kovac (2018), conforme demonstra a Figura 2, temos os seguintes processos de flexibilidade psicológica:

1. aceitação, capacidade de abraçar qualquer experiência interior a fim de buscar uma vida significativa;
2. desfusão, capacidade de tratar todos os pensamentos simplesmente como pensamentos, ao invés de uma verdade literal, que pode controlar o seu comportamento;
3. o contato com o momento presente (às vezes chamado de eu-como-processo), que envolve atender às percepções, pensamentos e emoções de maneira fluida e flexível;
4. o eu-contexto, processo que descreve a plena realização experiencial de que você não é apenas o que chama de “eu”, mas a perspectiva única durante todo o tempo de sua experiência;
5. valores e domínios de vida amplos, construídos verbalmente, que são escolhidos pelo indivíduo como sendo significativos; e,
6. ação comprometida, que significa agir de acordo com os valores elegidos.

Figura 2

Hexaflex com a promoção da flexibilidade psicológica



Nota: Luoma *et al.* (2007) citado por Kovac (2018).

Em relação aos estudos que investigam a eficácia da ACT para a ansiedade e fobias específicas, destacam-se as pesquisas realizadas por Chagas *et al.* (2013), Lima (2019), Vogel (2014), Bardeen e Fergus (2016), Levin, MacLane, Daflos, Seeley, Hayes, Biglan e Pistorello (2014) e Berghoff, Forsyth, Ritzert e Sheppard (2014), que contaram com a participação de voluntários para verificar os efeitos da terapia ACT. Nos respectivos estudos, foi possível verificar que houve a redução da gravidade de alguns sintomas, desenvolvimento da flexibilidade psicológica e atenção plena.

Apesar da notória eficácia da terapia ACT em alguns estudos e pesquisas, Leonardi (2016) enfatiza a necessidade urgente de realizar pesquisas que contribuam para a validação empírica dos diferentes tipos de terapias comportamentais, inclusive, a ACT. Diante disso, o objetivo deste trabalho é investigar os efeitos da aplicação de um protocolo breve de ACT em um caso de transtorno de ansiedade, de maneira a contribuir para o desenvolvimento científico dessa abordagem em casos de ansiedade.

Metodologia

O protocolo ACT para ansiedade foi aplicado em um participante, selecionado a partir de um formulário eletrônico *on-line*, divulgado em redes sociais, da plataforma Google, que informava os dados da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pontos como o aspecto voluntário e gratuito da participação, além da autorização para uso dos dados para fins de publicação, resguardada a identidade do participante. Em seguida à concordância da participação, seguia um questionário solicitando dados como: telefone, nome completo, disponibilidade de horários para sessões semanais, interesse no estudo, além de questões clínicas sobre os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: ter acima de 18 anos, ter disponibilidade para comparecer a seis encontros, apresentar ansiedade patológica moderada à grave (de acordo com a escala de Hamilton), disponibilidade para participar das sessões nos horários propostos, de forma *on-line* e não estar realizando nenhum processo psicoterapêutico. Os critérios de exclusão foram: crianças, adolescentes, ansiedade considerada normal e reação patológica ligeira (de acordo com a escala de Hamilton), pessoas diagnosticadas com algum transtorno de personalidade e já estarem algum processo psicoterapêutico.

Entre os inscritos, selecionou-se, segundo os critérios de inclusão e exclusão, para este estudo de caso um homem de 27 anos, solteiro, estudante de odontologia, com diagnóstico psiquiátrico de depressão e ansiedade há 2 anos. Embora estivesse em acompanhamento psiquiátrico, não estava em processo psicoterapêutico.

O participante passou por protocolo breve de ACT, aplicado em 6 sessões, cujo objetivo geral era promover maior aceitação e compromisso com seus valores. Cada sessão tinha objetivos específicos, sendo trabalhados a partir de estratégias, exercícios e metáforas da ACT. A seguir, a descrição breve do que foi feito em cada uma delas.

Sessão 1

A terapeuta se apresentou e realizou o *rappport* com o participante. Em seguida, repassou informações gerais sobre o funcionamento do processo terapêutico que se iniciava. Contrato terapêutico como participante. Alguns questionários foram aplicados nesta sessão: Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ II), (Bond, F. *et al.*, 2007, tradução e adaptação de Pinto Gouveia, J. & Gregório, S., 2007); Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI), (Walach, Buchheld, Büttenmüller, Kleinknecht & Schmidt, 2006, disponível em Hirayama, Milani, Rodrigues, Barros & Alexandre, 2014); e a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), (Hamilton, M. 1959, versão brasileira validada por Moreno & Moreno, 1998).

Discutiu-se com o cliente as áreas da vida em que a ansiedade tem trazido mais prejuízos, além de identificar os principais gatilhos da sua ansiedade. Solicitou-se ainda que respondesse algumas perguntas oralmente para que pudesse compreender o que está desencadeando sua ansiedade e quais suas expectativas em relação à terapia: “O que você quer da terapia? Se você pudesse mudar algo em sua vida, o que seria? O que você acha que é o problema? Como você lida com isso?”

Para a investigação da natureza e função do medo, a terapeuta realizou as perguntas abaixo e discutiu com o cliente suas respectivas respostas: “O que é a ansiedade e o medo para ele? Qual é o propósito da ansiedade? Isso é bom para alguma coisa? A ansiedade e o medo são perigosos? Quão generalizados são os problemas do cliente como medo e ansiedade?”. Aqui, explicou-se a respeito da diferença do medo e da ansiedade, refletindo-se sobre a importância e utilidade de cada um, dependendo das circunstâncias, a fim de trabalhar o objetivo terapêutico de aumentar a percepção do cliente sobre como se dá a relação com nossos eventos privados, a seguinte metáfora foi utilizada:

Metáfora do bolo de chocolate

Suponha que eu te diga agora para não pensar em algo. Eu vou te dizer daqui a pouco, e quando o fizer, não pense nisso nem por um segundo. É agora. Lembre-se, não pense nisso. Não pense em... bolo de chocolate quentinho! Sabe aquele cheiro quando ele sai do forno... não pense nisso!

O gosto da calda de chocolate quando você dá a primeira mordida... não pense nisso! E aquela fatia focinha, quente e levemente úmida colocada no prato... não pense nisso! É muito importante que você não pense em nada disso! (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999, p. 124).

Após a metáfora, a terapeuta o levou a refletir sobre: “Quando foi solicitado que você não pensa se no bolo, você conseguiu? É possível não pensar ou imaginar o bolo enquanto você ouvia a descrição? Por quê? Como você têm lidado com seus pensamentos ansiosos”? Reflexão como cliente sobre como fracassamos ao tentar ignorar os sentimentos e nossos pensamentos, a fim de abrir espaço para novas formas de nos relacionarmos com nossos eventos privados. A terapeuta o convidou, em seguida, a observar seus sentimentos e pensamentos ali na sessão, apenas observar como um expectador, sem julgar a experiência.

Para treinar e aumentar a habilidade de observação, explicou-se sobre *mindfulness* e sua importância, e realizou-se uma prática, conforme descrita a seguir:

Sente-se de modo confortável em sua cadeira, feche os olhos e se observe. Observe sua respiração, a forma como seu corpo se encontra ajustado à cadeira. Observe os sons do ambiente, a minha voz. Observe sem julgamentos suas emoções e seus pensamentos. Mantenha-se em contato com eles por um tempo.

Após alguns segundos, foi pedido para que quando se sentisse confortável, abrir os olhos.

Ao término da sessão, a terapeuta passou as seguintes tarefas de casa:

1. Pensar nas perguntas realizadas em sessão e se observar em relação a como que ele está lidando com suas ansiedades;
2. Sugestão do episódio “Ansiedade” da série “Explicando a mente” da Netflix;
3. Prática *mindfulness*;
4. Realização e compreensão do diário das vivências cotidianas (Figura 3):

Figura 3***Diário das vivências cotidianas***

DIÁRIO DAS VIVÊNCIAS COTIDIANAS								
Dia da semana	Qual foi a vivência?	O que você estava sentindo no momento?	Quais eram seus pensamentos no momento?	Quais eram suas sensações corporais no momento?	O que você fez para lidar com seus sentimentos, pensamentos e sensações corporais?	Chateações (nota de 0 à 10)	Luta (nota de 0 à 10)	Como funcionou (nota de 0 à 10)
Segunda-feira								
Terça-feira								
Quarta-feira								
Quinta-feira								
Sexta-feira								
Sábado								
Domingo								

Figura 4***Diário das vivências cotidianas***

DIÁRIO DAS VIVÊNCIAS COTIDIANAS
No final do dia, dê uma nota para os seguintes aspectos do seu dia:
Chateações – (por exemplo, ansiedade, depressão, preocupação) 1 = nada à 10 = extremamente
Luta – O quanto você se esforçou para se livrar de sentimentos, pensamentos ou sensações corporais 1 = nada à 10 = extremamente
Como funcionou – Se a vida fosse sempre como este dia, quanto você faria o que fez hoje? Faz parte de uma forma de viver vívida e funcional? 1 = não funcionou nada à 10 = funcionou perfeitamente

Nota: Hayes, Strosahl e Wilson (1999, p. 143), traduzido e adaptado por Saban (2015).

Sessão 2

Durante a semana, após a primeira sessão a terapeuta passou um exercício de *mindfulness* guiado através de um link do YouTube para que ele pudesse praticar durante a semana e foi passado, a pedido do cliente, outro link psicoeducativo a respeito da respiração diafragmática. A sessão se realizou de forma *on-line* por meio da plataforma Zoom.

A sessão se iniciou a partir de como havia sido a semana do cliente, diante disso, a terapeuta retomou e discutiu o diário de vivências cotidianas (tarefa de casa). Trabalhou-se, em seguida, sobre a importância da aceitação e de ações comprometidas com aquilo que é importante para ele, e foi solicitado que ao longo da semana ao invés de fugir da ansiedade ele deveria se observar e verificar o que poderia fazer que estaria em seu alcance.

Realizou-se *mindfulness* com a vivência dos pensamentos e sentimentos no telão de um cinema. Como tarefas de casa, ficou de assistir ao episódio da série da Netflix (que ainda não tinha conseguido assistir), praticar *mindfulness* e ações comprometidas ao longo da semana.

Ao fim da sessão houve a aplicação da Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) e da escala de autocompaixão (Neff, 2003, traduzida por Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2015).

Sessão 3

Terapeuta realizou *mindfulness* com o cliente, com o objetivo de fazer com que sua atenção estivesse voltada para o momento da sessão.

Houve verificação do diário de atividades cotidianas e, durante a observação do diário, terapeuta o instruiu na técnica de levantar prós e contras para auxiliar na tomada de decisões.

Terapeuta aplicou o exercício do epitáfio, onde a psicóloga solicitou que o paciente imaginasse o que ele gostaria que estivesse escrito em seu epitáfio, como ele gostaria de ser lembrado e o que ele gostaria de realizar, depois foi questionado o que eles têm feito para alcançar o que ele deseja em seu epitáfio. Esse exercício teve o objetivo de trabalhar valores, as ações comprometidas do cliente, e os impactos da ansiedade em sua vida. Terapeuta explicou sobre seus valores e questionou sobre suas ações em relação a eles. Trabalhou perguntas reflexivas sobre a forma como tem lidado com a ansiedade e seus valores a partir da metáfora do cabo de guerra com o monstro.

Solicitou-se que continuasse praticando *mindfulness*, preenchendo a tabela de vivências cotidianas para situações de ansiedade e refletindo sobre o que é importante para ele e o que tem feito em relação a isso.

Sessão 4

A terapeuta realizou *mindfulness* para o cliente se manter presente no aqui e agora, desenvolvendo atenção plena. Logo em seguida terapeuta analisou junto com o cliente o diário de atividades cotidianas, para verificar como que a ansiedade se desencadeou ao longo da semana.

A terapeuta trabalhou a metáfora do convidado indesejado por meio de um vídeo disponibilizado no YouTube (Valentim, 2014) e refletiu sobre seus comportamentos de esquiva diante de sentimentos e emoções desagradáveis.

Logo em seguida, abordou sobre controle e forneceu o quadro “o que posso e o que não posso controlar” (Sousa, 2020), e refletiu sobre o que estava e o que não estava no controle dele diante das situações que ocorreram ao longo da semana. A terapeuta aplicou ainda a metáfora do polígrafo e conversou sobre o controle sobre a ansiedade e seu comportamento de esquiva.

Ao fim da sessão, a terapeuta trabalhou valores a partir da ferramenta matrix (Polk, Schoendorff, Webster & Olaz, 2016) e discutiu sobre como ele está se afastando daquilo que é importante para ele a partir de seus comportamentos de esquiva. Solicitou-se que continuasse praticando *mindfulness* todos os dias, pensasse sobre seus comportamentos e continuasse preenchendo o diário de atividades diárias.

Tabela 1
“O que posso e o que não posso controlar”

Fora do meu controle	Potencialmente dentro do meu controle
Meus sentimentos e minhas emoções	Como eu respondo aos meus sentimentos e minhas emoções
Meus pensamentos	Como eu respondo aos meus pensamentos
Minhas memórias	Como eu respondo às minhas memórias
Se eu atinjo os resultados que eu quero	O que eu digo e faço para aumentar as chances de obter o que eu quero
Quão bem eu me sinto quando estou fazendo algo	O quanto eu me engajo ou foco no que estou fazendo
O que as pessoas dizem ou fazem	O que eu digo e faço para influenciar outras pessoas
Como as pessoas me percebem ou me julgam	Se estou agindo ou não de acordo com a pessoa que quero ser
O que acontecerá no futuro	O que faço e digo para influenciar o futuro
O que aconteceu no passado	Como eu respondo aos meus pensamentos em relação ao passado
Perdas dolorosas	Praticar autocompaixão quando me deparar com perdas
Se a vida vai ou não me dar o que eu quero	Se ajo de acordo com aquilo que é importante para mim
A maior parte dos eventos dolorosos da vida (doenças, ofensas, sofrer por amor, desastres naturais, crise econômica, pandemia, aquecimento global etc.)	Se ajo de acordo com aquilo que é importante para mim mesmo quando me deparo com eventos difíceis e dolorosos; praticar autocompaixão.

Nota: Elaborada pela primeira autora baseada nos preceitos da ACT). Costa e Sousa (2020).

Sessão 5

Terapeuta realizou verificação de humor, e aplicou uma prática *mindfulness*. Em seguida, discutiram a tarefa de casa e terapeuta utilizou a técnica de planejamento de atividades e tentou impulsioná-lo a caminhar em direção aos seus valores.

Terapeuta fez uma vivência *mindfulness* a partir da experiência do chocolate. Pediu para que ele escolhesse um chocolate de sua preferência e comesse ele rápido e uma segunda vez pediu para que ele comesse devagar, apreciando o sabor e o momento, para refletir com o cliente se ele está aproveitando bem o aqui e o agora. Houve a explicação de desconforto limpo e sujo, relacionada a metáfora do xadrez para trabalhar o self como contexto. Foi passada a tarefa de casa em que o cliente teria que preencher o quadro sobre desconforto sujo e limpo para ele se perceber em relação a isso durante a semana e seus afazeres.

Tabela 2
Desconforto diário limpo e sujo

Toda vez em que você estiver em uma situação em que se sinta estagnado ou que esteja lutando com seus sentimentos ou pensamentos, por favor preencha as seguintes colunas:

Situação	Desconforto limpo (minhas primeiras reações)	Nível de sofrimento	Desconforto sujo (O que eu fiz com as minhas reações)	Novo sofrimento
O que aconteceu para que isso começasse?	O que imediatamente apareceu de sentimentos, pensamentos, memórias e sensações corporais?	Dê uma nota para seu sofrimento imediato numa escala de 1 a 100, onde 1 equivale a nada de sofrimento e 100 sofrimento extremo	Eu lutei contra as coisas que não gosto? Eu me critiquei? Eu tentei resolver minhas reações ou fingi que elas não existiam?	Dê uma nota para seu novo sofrimento de 0 a 100.

Nota: Hayes, Strosahl e Wilson (1999, p. 143), traduzido e adaptado por Saban (2015).

Sessão 6

Foi realizado exercício de *mindfulness* para trazer a atenção do cliente para o momento presente. Após o exercício houve a verificação do quadro de desconforto limpo e sujo.

Foi passado vídeo sobre metáfora do barco para trabalhar a importância de saber identificar seus valores e agir em função deles apesar de suas emoções. Terapeuta contou metáfora do ônibus para fazer referência a essa primeira metáfora do vídeo. Foi passado vídeo sobre “a mente contadora de histórias”, para trabalhar self como contexto e desfusão cognitiva. Logo em

seguida houve a aplicação do Questionário de Aceitação e Ação II – (AAQ II), Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A), Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI) e Escala de Autocompaixão (Neff, 2003, traduzida por Souza & Hutz, 2016).

A psicóloga pediu um *feedback* sobre o processo terapêutico. Ambos compartilharam as suas impressões e vivências e o processo foi encerrado.

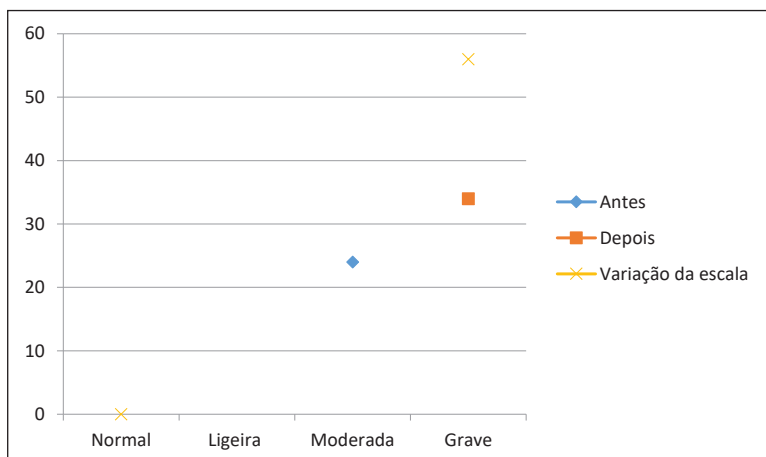
Resultados e discussão

Na avaliação inicial, identificou-se que a maior parte dos sintomas de ansiedade do cliente era desencadeada a partir de suas vivências na execução de suas atividades práticas no curso de odontologia. O cliente apresentava intenso sofrimento nestes procedimentos, duvidando de sua competência e capacidade de atuação eficiente. Foram observados, especialmente, os seguintes processos de inflexibilidade psicológica: esquiva experiencial, falta de contato com o momento presente, fusão cognitiva, *self* como conteúdo, acompanhado de baixa autocompaixão.

De acordo com os resultados apresentados pelos instrumentos pode-se verificar que o cliente apresentou ansiedade patológica moderada de acordo com a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A) antes do processo psicoterapêutico, pontuando 24 pontos e após as seis sessões previstas do protocolo ACT, o cliente pontuou 34 pontos, sendo considerada ansiedade grave, conforme ilustrado no Gráfico 1.

Gráfico 1

Nível de ansiedade do cliente antes e depois do processo terapêutico de acordo com a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton (HAM-A)



Nota: Dados da pesquisa (2021).

A partir da visualização do gráfico, percebe-se um aumento quantitativo dos sintomas de ansiedade do início para o fim do processo psicoterapêutico. Esse resultado pode ser ter sido um efeito do procedimento ao qual o cliente foi submetido e aderiu no processo terapêutico: a exposição a estímulos condicionados aversivos. O enfrentamento daquilo que é considerado aversivo para o indivíduo tende a evocar respostas de ansiedade, à medida que coloca o indivíduo em contato direto com aquilo que ele teme. A proposta primordial da ACT é levar o indivíduo a aceitar as sensações de ansiedade, combatendo a esquiva experiencial e estimulando-o a agir de forma comprometida com aquilo que é importante para ele (Harris, 2009 & Rodrigues, 2017). Assim, ao trabalhar estes processos, o cliente passa a enfrentar aquelas situações que antes, se esquivava ou fugia.

É importante ressaltar que, embora a terapia normalmente possa reduzir os sintomas, a redução, como um fim em si mesmo, nunca será um objetivo na ACT. Assim, quando habilidades são ensinadas ao cliente, o objetivo é operar uma mudança fundamental no seu relacionamento com seus sintomas e focar na construção de uma vida rica e significativa. O fato de os sintomas diminuírem é considerado um “bônus” e não o principal ponto da terapia (Harris, 2009). No caso do cliente atendido nesta pesquisa, observou-se que a cada sessão ele se comprometia mais com aquilo que lhe era valioso, abraçando os sentimentos desconfortáveis que apareciam no caminho.

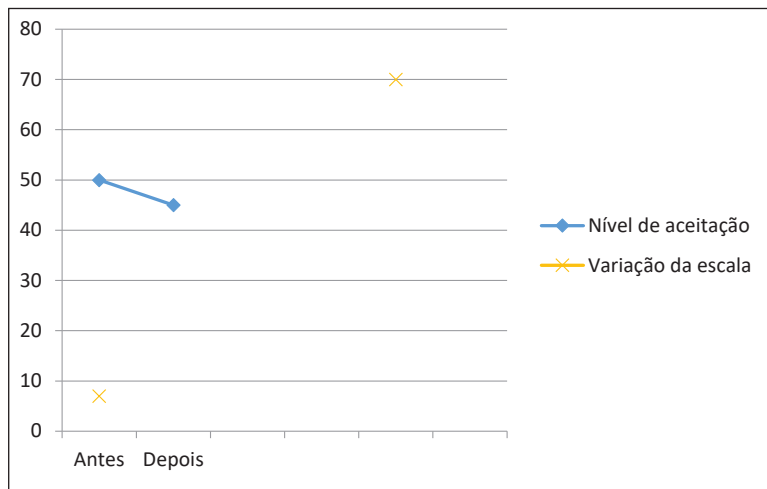
Apesar de ter experimentado mais respondentes ansiogênicos, observou-se uma diminuição da esquiva experiencial, e maior comprometimento com ações que o aproximava de seus valores de vida. Na quarta sessão do protocolo, por exemplo, apesar do notório desconforto emocional do cliente durante a sessão, logo após o término da sessão, este enviou uma mensagem para a terapeuta agradecendo-a por ter lhe chamado a atenção para aquilo que sentia durante a sessão (estava inquieto, parecendo ansioso, e a terapeuta o convidou a entrar em contato ali com as suas emoções, observar o que se passava com ele e a sentir). Na mensagem, afirmou o quanto isto tinha o ajudado, tanto na sua concentração durante a sessão, como na sua disposição a mudar seu comportamento, rumo aos seus valores; “Já vou colocar em prática. Terminar de lavar a casa e ir me preparar para o procedimento de segunda”. Kohlenberg *et al.* (2011), apontaram como a ACT pode direcionar a mudança clínica a partir do que ocorre ali na sessão.

Analisando os resultados de outro instrumento utilizado, o Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ II), notou-se que o cliente obteve a pontuação de 50 pontos antes do processo psicoterapêutico. Os escores variam de 7 a 70 pontos. A pontuação atingida por ele ultrapassou a metade dos pontos da escala, o que pode ser considerado um escore alto, indicando uma menor aceitação e pouca habilidade de agir diante de pensamentos e emoções difíceis.

Após as intervenções, a pontuação caiu para 45 pontos. Ocorreu, portanto, uma diminuição dos pontos, sinalizando uma melhora na aceitação e na habilidade de agir diante de pensamentos e emoções difíceis por parte do cliente em relação ao início do processo terapêutico, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2

Nível de aceitação do cliente antes e depois do processo terapêutico de acordo com o Questionário de Aceitação e Ação II – (AAQ II)



Nota: Dados da pesquisa (2021).

Levar o indivíduo a aceitar as sensações de ansiedade, entre outros eventos privados considerados aversivos e se comprometer a modificar comportamentos de esquiva de uma série de situações, tal como propõe a ACT (Hayes, 1987), possibilita a criação de uma vida plena e significativa, pois livre da luta contra as próprias avaliações, pensamentos e sentimentos, as pessoas podem agir de modo produtivo sobre seu ambiente (Vandenberghe & Sousa, 2006). Este processo de aceitação no cliente foi trabalhado ao longo de todo o desenvolvimento do protocolo. Nas primeiras sessões, ao realizar *mindfulness*, apresentou dificuldades de se perceber e aceitar o que estava sentindo, sobretudo de viver e perceber o momento presente, e ao longo das sessões essas dificuldades foram diminuindo de forma notória.

Nas primeiras sessões, ao realizar *mindfulness*, apresentou dificuldades de se perceber e aceitar o que estava sentindo, sobretudo de viver e perceber o momento presente, e ao longo das sessões essas dificuldades foram diminuindo de forma notória. Na quarta sessão por exemplo, através da metáfora do convidado indesejado, o cliente conseguiu perceber sua esquiva experiencial diante de sentimentos e emoções desagradáveis. Diante da metáfora do polígrafo, o cliente reconheceu que quando ele tenta controlar seus pensamentos e sentimentos fica mais ansioso ainda. Além disso, por meio da ferramenta matrix (Polk *et al.* 2016) o cliente conseguiu reconhecer como estava caminhando na contramão

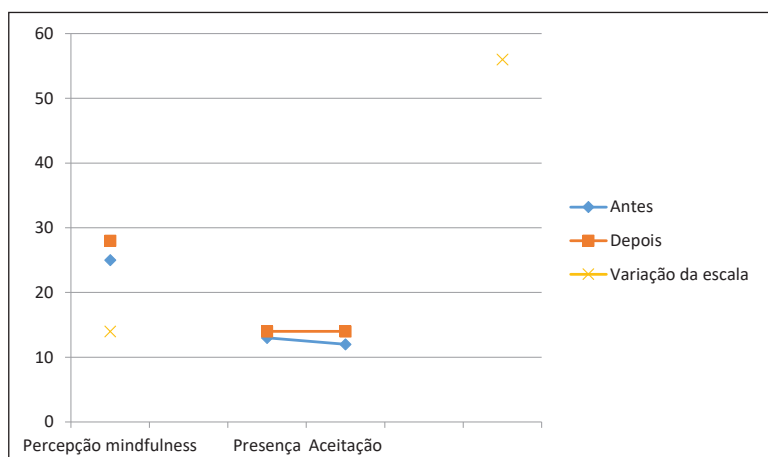
daquilo que era importante para si e passou a colocar em prática atitudes de maior aproximação dos seus valores. Dados como estes, mesmo num protocolo breve como o utilizado nesta pesquisa, mostram como as ferramentas propostas pela ACT são capazes de promover maior flexibilidade psicológica, conforme tem sido demonstrado em outros estudos (Chagas *et al.* 2013; Vogel, 2014; Levin *et al.*, 2014; Berghoff *et al.*, 2014; Bardeen & Fergus, 2016; Lima, 2019; Costa & Sousa, 2020).

A aceitação do cliente pôde ser visivelmente reconhecida ainda juntamente com a desfusão dos seus pensamentos e do reconhecimento do self como contexto, ao longo do desenvolvimento da sexta e última sessão. Por meio da metáfora do ônibus, o cliente observou que acreditava muito nos seus pensamentos, ao ponto de obedecer a eles e consequentemente isso acabava o afastando de tudo aquilo que lhe era importante. Esse reconhecimento promove um comprometimento das ações do cliente com seus valores de vida, proporcionando o desenvolvimento de uma vida que vale a pena ser vivida, que é uma das propostas da ACT (Harris, 2009; Polk *et al.*, 2016).

No Inventário de *Mindfulness* de Freiburg (FMI), o cliente, no início, pontuou 25 pontos no total e 28 pontos ao final do processo psicoterapêutico. De acordo com o instrumento, a pontuação total pode variar de 14 a 56 pontos. Quanto maior a pontuação obtida, maior é a percepção de *mindfulness* do indivíduo. Percebe-se então que o resultado obtido estava um pouco acima da média (sendo a média 21), e ao fim do processo, houve um pequeno aumento na percepção de *mindfulness*, como pode ser verificado a partir do Gráfico 3.

Gráfico 3

Nível de percepção mindfulness, presença e aceitação do cliente antes e depois do processo terapêutico de acordo com Inventário de Mindfulness de Freiburg (FMI)



Nota: Dados da pesquisa (2021).

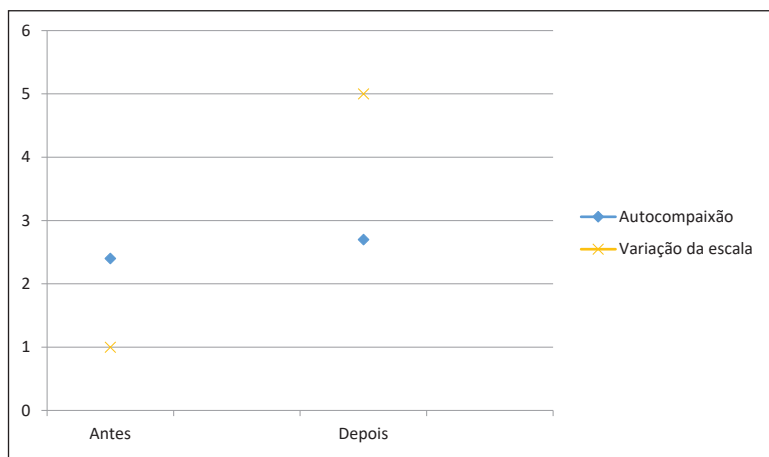
A proposta da ACT consiste em ensinar habilidades para lidar com pensamentos e sentimentos dolorosos, de tal forma que eles passem a gerar muito menos impacto e influência. Muitas vezes, quando experimentamos pensamentos, sentimentos e sensações dolorosas, respondemos de maneira prejudicial a longo prazo. Por isso, um dos principais pontos da terapia é ensinar as pessoas a lidar com a dor de forma mais eficaz através do uso de habilidades de *mindfulness* (Rodrigues, 2017). Apesar de o cliente apresentar, já no início, uma pontuação acima da média, na prática da habilidade, na primeira sessão, experimentou bastante dificuldade em executá-la. Isso justificou a importância e necessidade de treino desta habilidade ao longo do protocolo realizado, o que contribuiu tanto para o aumento da pontuação na avaliação final, mas, mais do que isso, para a melhora qualitativa percebida ao longo do processo, à medida que o cliente se dispunha a se engajar nas práticas *mindfulness* e melhorava a sua capacidade de estar presente, mesmo quando estava experimentando desconforto emocional. A evolução nas habilidades *mindfulness* pôde ser percebida de maneira veemente na quinta sessão através do *mindfulness* vivencial (experiência com o chocolate). Após este exercício, o cliente reconheceu que estava desconectado do momento presente, preocupando excessivamente com o futuro e se dispôs a realizar exercícios ao longo da semana de observação e conexão com experiências do dia a dia que considerava muito significativas.

Já os escores totais da Escala de Autocompaixão variam de 1 a 5, e a média total apresentada pelo cliente foi de 2,39 no início do processo psicoterapêutico, sendo abaixo da média (2,5), denotando baixo nível de autocompaixão. Ao fim do processo, a média total apresentada pelo cliente foi de 2,67, mostrando resultado acima da média (2,5), o que indica maior nível de autocompaixão, como pode-se verificar no Gráfico 4.

A autocompaixão é um construto da saúde mental e estudos mostram a mesma, está associada com menor depressão, ansiedade, raiva, sentimentos negativos, autocrítica, fracasso acadêmico e estresse (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts & Chen, 2009; Neff, Hsieh & Dejjitterat, 2005; Raes, 2011; Shapira & Mongrain, 2010), e com maior tomada de perspectiva, otimismo, autoestima, perdão, empatia e qualidade de vida (Neff & Pommier, 2013; Neff & Vonk, 2009; Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine, 2011; Wei, Liao, Ku & Shaffer, 2011). De fato, intervenções que promoveram atitudes autocompassivas diminuíram índices de depressão e ansiedade (Raes, 2011; Shapira & Mongrain, 2010).

Gráfico 4

Média da Escala de Autocompaixão antes e depois do processo psicoterapêutico



Nota: Dados da pesquisa (2021).

A flexibilidade psicológica, que constitui objetivo central da ACT, é composta pelos seis processos citados anteriormente. Sendo, aceitação, capacidade de abraçar qualquer experiência interior a fim de buscar uma vida significativa; desfusão, capacidade de tratar todos os pensamentos simplesmente como pensamentos, ao invés de uma verdade literal, que pode controlar o seu comportamento; o contato com o momento presente (*às vezes chamado de eu-como-processo*), que envolve atender às percepções, pensamentos e emoções de maneira fluida e flexível; o eu-contexto, processo que descreve a plena realização experiencial de que você não é apenas o que chama de “eu”, mas a perspectiva única durante todo o tempo de sua experiência; valores e domínios de vida amplos, construídos verbalmente, que são escolhidos pelo indivíduo como sendo significativos; e ação comprometida, que significa agir de acordo com os valores elegidos (Hooper & Larsson, 2015 citado por Kovac, 2018).

A partir da comparação desses dados nos questionários aplicados antes e depois, observou-se uma pequena melhora em alguns processos de flexibilidade psicológica. Por exemplo, na Sessão 3, diante do exercício do epitáfio, o cliente respondeu que gostaria de ser lembrado por ter sido um bom pai, marido, filho, pois a família é algo importante para ele. Além disso, gostaria de estar formado, trabalhando e ganhando seu dinheiro. Este exercício associado à evolução da ferramenta matrix, na Sessão 4, permitiu clarificar quais eram seus valores e a partir disso, conseguiu reconhecer e desenvolver ações comprometidas a partir deles. Hooper e Larsson (2015, citado por Kovac, 2018) apontam como as ferramentas da ACT auxiliam na promoção da flexibilidade psicológica, melhorando a qualidade de vida e saúde emocional.

Na sessão 4, a partir do quadro “o que posso e o que não posso controlar”, o cliente conseguiu reconhecer que muitas coisas que não estão em seu controle, fortalecendo o desenvolvimento de sua aceitação para a realidade de sua vida e os possíveis sofrimentos que ela pode lhe proporcionar. Hayes *et al.* (1999) já apontava como nossas tentativas de controlar os eventos privados contribuem para a esquiva experiencial e distanciamento de uma vida significativa. Assim, ao trabalhar coisas que estão dentro e fora do seu controle, a terapeuta auxiliou o cliente no processo de aceitação.

Ainda na quarta sessão, a psicóloga observou que o sofrimento do cliente ainda estava intenso. Entrar em contato com isso, foi muito aversivo para ela também. Sentiu-se muito angustiada. Percebeu que isso era uma dificuldade sua, como pessoa: o sofrimento alheio lhe provoca intenso desconforto. A princípio, sentiu vontade de fazer algo que lhe tirasse aquela dor. Observar isso foi muito importante para empatizar com o próprio desejo do cliente de afastar a sua dor e para estar mais consciente de que o objetivo da ACT não é eliminar o sofrimento, mas de lidar com ele e fazer o que é importante apesar dele. Isso vale tanto para o cliente, como para o terapeuta. Compreender a teoria, não diminui, é claro, o sofrimento que é ver seu cliente sofrer do início ao fim da sessão, ou de como a vida às vezes, pode ser dolorida. Importante destacar que apesar do notório desconforto do cliente no final desta sessão, ele enviou uma mensagem, mais tarde, para a terapeuta agradecendo pela sessão e ainda relatou uma mudança de comportamento, rumo aos seus valores. A partir disso, foi possível notar que apesar do desconforto, o cliente agiu apesar dele, após a sessão. O mesmo se aplicou à terapeuta, que se manteve fiel às ferramentas para a promoção da aceitação do cliente, enquanto ela própria, abraçava seu desconforto em vê-lo em intenso sofrimento.

Em alguns casos, de acordo com Brandão (1999), o comportamento de esquiva emocional é visto como comportamento problema: ocorre na sessão (em momentos de intimidade e afeto), e ao ser observado e sinalizado pelo terapeuta, coloca o cliente em contato com a situação aversiva e com os sentimentos que ela produz. Nesse momento, é fundamental que o cliente, sem poder se esquivar da situação e do sentimento, possa aprender a tolerar suas próprias reações emocionais, vivenciá-las. Isso caracteriza o processo de aceitação, descrito em todas as psicoterapias e definido por Kohlenberg e Cordova (1994), sendo tolerar estar em contato com estímulos que evocam sentimentos dolorosos.

A estratégia terapêutica envolve a aceitação dos sentimentos perante a situação aversiva. Segundo Kohlenberg *et al.* (2011), a abordagem terapêutica ACT pode ser utilizada em conjunto com os pressupostos da Psicoterapia Analítico Funcional (FAP), tendo em vista que direciona a mudança clínica a partir da relação terapêutica. Vale ressaltar que isto cabe tanto na experiência do cliente, como na da pessoa do terapeuta, conforme descrito acima.

Conclusão

A partir dos resultados coletados por meio dos instrumentos utilizados neste respectivo estudo, no início e no fim do desenvolvimento do protocolo ACT, e dos dados obtidos sessão a sessão, pode-se concluir que o respectivo protocolo provoca efeitos quantitativos e qualitativos na vida do cliente com quadro de ansiedade, como desenvolvimento de mais aceitação, mais contato com o momento presente através de habilidades *mindfulness*, flexibilidade psicológica, autocompaixão, desfusão cognitiva, reconhecimento dos seus valores de vida e ações comprometidas com os mesmos. Para fortalecer os resultados desse estudo e comprovar a veracidade do protocolo ACT, faz-se necessário o desenvolvimento de outros estudos a respeito, sendo interessante a sua aplicação com outras psicopatologias.

REFERÊNCIAS

Associação Psiquiátrica Americana (2014). *DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais*. (5. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.

Barcellos, M. T., Burigo, L. M., Agostinho, M. R., & Katz, N. (2017). *Telessaúde RS-UFRGS: Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul* [homepage]. Porto Alegre: Telessaúde RS-UFRGS. Recuperado em 4 nov. 2021 em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/Telecondutas_Ansiedade_20170331.pdf.

Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and post traumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1-6.

Basudan, S. *et al.* (2017). Depression, anxiety and stress in dental students. *International Journal Of Medical Education*, 24(8), 179-186.

Berghoff, C. R., Forsyth, J. P., Ritzert, T. R., & Sheppard, S. C. (2014). Comparing paths to quality of life: Contributions of ACT and cognitive therapy intervention targets in two highly anxious samples. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(2), 89-97.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2005). *Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance*. [s.l., s.n.].

Brandão, M. Z. S. (1999). Terapia comportamental e análise funcional da relação terapêutica: estratégias clínicas para lidar com comportamento de esquiva. *Revista Brasileira Terapia Comportamental Cognitiva*, 1(2). São Paulo.

Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring *mindfulness* in insight meditation (vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg *Mindfulness Inventory* (FMI).

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2015). Evaluating the multifactor structure of the long and short versions of the self-compassion scale in a clinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 1-5.

Chagas, M. T., Guilherme, G., & Moriyama, J. S. (2013). Intervenção clínica em grupo baseada na terapia de aceitação e compromisso: Manejo da ansiedade. *Acta Comportamentalia*. 21(4), 495-508.

Cordova, J. V., & Kohlenberg, R. J. (1994). Acceptance and the Therapeutic Relationship. Em S. C. Hayes, N. S. Jacobson, M. V. Follette & M. Dougher. *Acceptance and Change: Content and Context in Psychotherapy*. Nevada: Context Press.

Costa, R. S., & Sousa, A. C. A. (2020). Aplicação de um protocolo breve baseado em Terapia de Aceitação e Compromisso para o manejo de um caso de ansiedade. Trabalho de conclusão de curso, Instituto Goiano de Análise do Comportamento, Goiânia.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety scales by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.

Harris, R. (2009). *ACT made simple: A easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. [S.l.]: New Harbinger Publications.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies: *mindfulness*, acceptance and relationships. Em S. Hayes; V. Follette & M. Linehan (Orgs.). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive behaviour tradition*. (pp. 1-29). New York: Guilford.

Hayes, S. C.; Strosahl K. D., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy: an experimental approach to behaviour of change. *A Division of Guilford Publications*, New York.

Hayes, S. C.; Strosahl K. D., & Wilson, K. G. (2021). Terapia de aceitação e compromisso: o processo e a prática da mudança consciente (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. Em N. Jacobson (Ed.). *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp 327-387). New York: Guilford.

Hirayama, M. S. (2014). Freiburg *Mindfulness* Inventory: adaptação cultural e validação para a língua portuguesa no Brasil. [Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem]. Campinas, SP. Recuperado de <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/283892>.

Hirayama, M. S., Milani, D., Rodrigues, R. C. M., Barros, N. F., & Alexandre, N. M. C. (2014). A percepção de comportamentos relacionados à atenção plena e a versão brasileira do Freiburg *Mindfulness Inventory*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(9), 3899-3914. doi: 10.1590/1413-81232014199.12272013

Kohlenberg, R. J., Tsai, M., & Kanter, J. W. (2011). O que é a Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)? Em M. Tsai, R. J. Kohlenberg, J. W. Kanter, B. Kohlenberg, W. C. Follette & G. M. Callaghan (Orgs.). *Um guia para a psicoterapia analítica funcional: consciência, coragem, amor e behaviorismo*. Santo André: ESEtec

Kovac, R. (2018). *Efeitos de intervenções da Terapia de Aceitação e Compromisso na transformação de função de estímulos arbitrariamente relacionados*. [Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Faculdade de Psicologia].

Kummer, A., Cardoso, F., & Teixeira, A. L. (2010). Generalized anxiety disorder and the Hamilton Anxiety Rating Scale in Parkinson's disease. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 68(4), 495-501.

Leonardi, J. L. (2016). *Prática baseada em evidências em psicologia e a eficácia da análise do comportamento clínica*. [Tese de doutorado em Psicologia Clínica. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].

Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J. R., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Lima, V. F. S. A. (2019). *Os efeitos da terapia de aceitação e compromisso sobre respostas presentes nos quadros de pânico e agorafobia*. [Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Maranhão].

Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). Learning ACT: na Acceptance & Commitment Therapy Skills-Training. *Manual for Therapists*. Oakland, CA: Context Press.

Melo, R. C. L., Gercina, A. C., Amorim, K. S., Nascimento, G. S., Takeshita, W. M., & Souza, L. M. A. (2021). Avaliação do grau de ansiedade de estudantes de odontologia frente a tratamentos odontológicos. *Revista de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial*, 21(1), 15-20. Camaragibe- PE.

Moreno, R. A., & Moreno, D. H. (1998). Escalas de depressão de Montgomery e Asberg (MADRS) e de Hamilton. *Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica*, 25(5), 262-272.

Moriyama, J. S., & Amaral, V. L. A. R. (2007). Transtorno dismórfico corporal sob a perspectiva da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 9(1), 11-25.

Neely, M., Schallert, D., Mohammed, S., Roberts, R., & Chen, Y.-J. (2009). Self-kindness when facing stress: the role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88-97.

Neff, K., Hsieh, Y.-P., & Dejjitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.

Neff, K., & Pommier, E. (2013). The relationship between self-compassion and other-focused concern among college undergraduates, community adults, and practicing meditators. *Self and Identity*, 12(2), 160-176.

Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to the self. *Journal of Personality*, 77(1), 23-50.

Peretz, B., Nazarian, Y., & Bimstein, E. (2004). Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *International Journal Of Pediatric Dentistry*, 14(3), 192-198. Jerusalém.

Piazza-Waggoner, C. A. et al. (2003). Stress Management for Dental Students Performing Their First Pediatric Restorative Procedure. *Journal Of Dental Education*, 67(5), 542-548.

Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2, 33-36.

Robert, T. (2009). *The Mindfulness Workbook: A Beginner's Guide to Overcoming Fear and Embracing Compassion* (New Harbinger Self-Help Workbook). New Harbinger Publications.

Rodrigues, L. E. B. (2017). *Terapia comportamental dialética e terapia de aceitação e compromisso: uma introdução para profissionais da saúde mental*.

[Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS].

Rodrigues, M. I. Q., Frota, L. M. A., Frota, M. M. A., & Teixeira, C. N. G. (2019). Fatores de estresse e qualidade de vida de estudantes de Odontologia. *Revista da ABENO*. 19(1), 49-57.

Saban, M. T. (2008). *Terapia de Aceitação e Compromisso* (ACT). [Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Católica de São Paulo].

Saban, M. T. (2015). *Introdução à terapia de aceitação e compromisso* (2ª. ed.). Belo Horizonte.

Sampaio, I. M. F. (2020). *Ansiedade dos estudantes de graduação em odontologia durante o atendimento clínico*. [Trabalho de conclusão de curso, Universidade Federal do Ceará].

Shapira, L., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5(5), 377-389.

Valentim, M. (2014, junho 6). Passageiros no ônibus [vídeo]. *YouTube*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=VrgO7BwpBlM&t=36s>

Valentim, M. (2014, maio 9). O convidado indesejado [vídeo]. *YouTube*. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=D3lAVOMUWc4&t=3s>

Van Dam, N., Sheppard, S., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-compassions a beter predictor than *mindfulness* of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 25, 123-130.

Vandenberghe, L., & Sousa, A. C. A. (2006). *Mindfulness* nas terapias cognitivas e comportamentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2(1), 35-44.

Vogel, K. (2014). *Terapia de aceitação e compromisso no tratamento da fobia de espaços fechados: ensaio clínico randomizado*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo].

Walach, H., Buchheld, N., Buttenmüller, V., Kleinknecht, N., & Schmidt, S. (2006). Measuring *Mindfulness* – The Freiburg *Mindfulness* Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1543-1555. doi:10.1016/j.paid.2005.11.025

Wei, M., Liao, K., Ku, T.-Y., & Shaffer, P. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and Community adults. *Journal of Personality*, 79(1), 191-221.

CAPÍTULO 4

FRUSTRAÇÃO E O RISCO DE RECAÍDA NO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: uma revisão integrativa de literatura

Natália Fraporti Rosmann
Rosa Maria Martins de Almeida

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Os Transtornos por Uso de Substâncias (TUSs) estão entre as psicopatologias mais prevalentes da atualidade (Quevedo & Izquierdo, 2020). Em torno de 275 milhões de pessoas utilizaram substâncias psicoativas no mundo em 2020, sendo que mais de 36 milhões delas desenvolveram transtornos associados a esse consumo (*Relatório Mundial sobre Drogas 2021 avalia que pandemia potencializou riscos de dependência*, 2021). Os TUSs são um dos transtornos mais devastadores não apenas para o indivíduo, mas para toda a sua rede de apoio. Apesar de que muito já se saiba sobre a etiologia dos TUSs, conforme apontaram Khantzian e Albanese (2008), ainda é difícil prever quem se recuperará com facilidade e quem lutará com as consequências de um TUSs por toda a vida – talvez sofrendo morbidade grave ou mesmo morte.

O conceito de dependência química, embora seja um tema muito discutido na atualidade, é extremamente recente se comparado ao consumo de substâncias pela humanidade, que compreende vários milênios (Diehl, Cordeiro & Laranjeira, 2018). As drogas têm sido utilizadas para produzir alterações no humor, pensamento, sentimentos, comportamento ou para promover alterações na realidade (Silva & Ventura, 2018). Dentre as razões para tal uso, incluem-se rituais, cultos, eventos comemorativos, alívio da dor e sensação de prazer. Entretanto, quando se institui um abuso, e consequente dependência dessas substâncias, agrega-se a esta situação, uma problemática de saúde pública (Silva *et al.*, 2018).

De acordo com Figlie, Bordin e Laranjeira (2015), a compreensão do que é a dependência química ainda não está clara, apesar da existência de uma grande variedade de modelos que oferecem uma fundamentação teórica para explicar este fenômeno. Os avanços científicos sugerem que, assim como a ação do uso prolongado de substâncias com potencial de abuso no cérebro, aspectos sociais, culturais, educacionais e comportamentais têm papel central no desenvolvimento dos TUSs (Diehl *et al.*, 2018).

A literatura sugere que os estados emocionais negativos, dentre eles a frustração, são a condição mais associada à recaída no uso de álcool e outras drogas (Baker, Piper & McCarthy *et al.*, 2004; Levy, 2008; Hendershot, Witkiewitz & George *et al.*, 2011; Diehl *et al.*, 2018). Além disso, alguns estudos apontaram a incapacidade de lidar com as frustrações como um dos determinantes intrapessoais mais relacionados à recaída (Chandler, Fletcher & Volkow, 2009; Appiah, Danquah & Nyarko *et al.*, 2017; Buriola, Silva & Prestes *et al.*, 2018). Diante disso, esta Revisão Integrativa será norteada pelo modelo teórico da quinta edição do Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2014), pelos estudos neurobiológicos, relacionados ao consumo de substâncias que vêm apontando a dependência química como um transtorno crônico do cérebro (Chaim, Bandeira & Andrade, 2015; Diehl *et al.*, 2018; Quevedo & Izquierdo, 2020) e pela teoria cognitivo-comportamental (Zanelatto & Laranjeira, 2018; Beck, 2013).

Modelo atóxico dos TUS pelo DSM-V

O DSM-V apresenta os principais pontos a serem investigados no desenvolvimento do diagnóstico dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUSs) dentro de uma perspectiva de avaliação que considera diferentes estágios de gravidade: leve, moderada ou grave, definidos a partir do número de critérios satisfeitos (Quevedo & Izquierdo, 2020). Segundo o DSM-V,

A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância (American Psychiatric Association, 2014, p. 483).

Segundo essa definição, o DSM-V estabelece a dependência como um padrão mal adaptativo do uso de substâncias, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, caracterizado pela presença de dois (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

Baixo controle sobre o uso da substância (Critérios 1-4)

1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.

4. Fissura, desejo intenso ou urgência em consumir a substância (*craving*).

Prejuízo social (Critérios 5-7)

5. Uso recorrente da substância resultando em fracasso para cumprir obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola ou em casa.
6. O uso da substância continua, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.

Uso arriscado da substância (Critérios 8 e 9)

8. Uso recorrente da substância em situações nas quais isto representa perigo físico.
9. O uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso.

Critérios farmacológicos (Critérios 10 e 11)

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade da substância.
11. Abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância; (b) a substância é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Para o DSM-V, o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância pode se aplicar a 10 classes distintas de substâncias psicoativas: álcool; cafeína; Cannabis; alucinógenos; inalantes; opioides; sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes (substâncias tipo anfetamina, cocaína e outros estimulantes); tabaco; e outras substâncias (ou substâncias desconhecidas). No entanto, é importante salientar que os critérios apontados anteriormente como diretrizes gerais para diagnóstico de TUS não valem na íntegra para todas as substâncias, dadas as especificidades ou características de cada uma delas (Figlie, Bordin & Laranjeira, 2015).

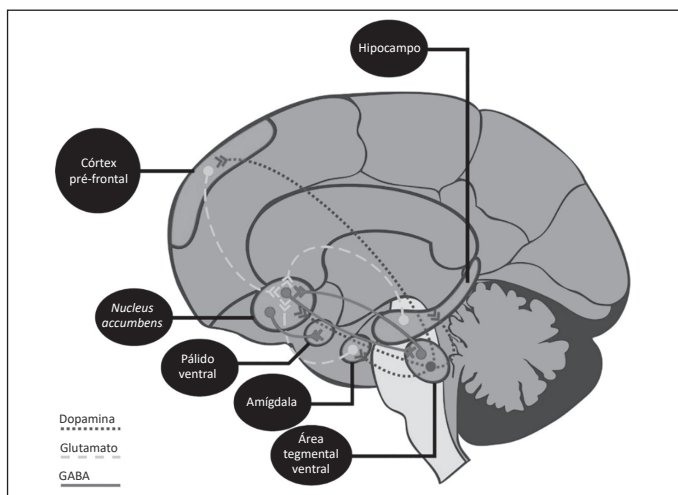
Modelo neurobiológico dos TUSs

Pesquisas referentes à neurobiologia dos TUSs têm reforçado a compreensão desses transtornos como uma doença crônica e recidivante, caracterizada pela ocorrência de neuroadaptações disfuncionais e persistentes no sistema nervoso central (SNC) (Quevedo & Izquierdo, 2020). De acordo com Messas e Vallada-Filho (2004), com o uso crônico, o organismo adapta-se à presença frequente da substância, gerando o fenômeno da tolerância, conseqüentemente, com a diminuição ou a cessação do uso, os sintomas da abstinência surgem, deixando o indivíduo mais propenso a repetir o uso para evitar o desconforto da falta.

As substâncias psicoativas têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa cerebral (SRC), o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias, ao passo que gera estímulos de prazer que aumentam a propensão a um novo episódio de uso. O uso de substâncias produz um efeito agudo de super liberação de dopamina com intensidade que excede as desencadeadas por reforçadores naturais (como as ações ligadas à sobrevivência, por exemplo, atividade sexual e alimentação) (Chaim *et al.*, 2015). Os principais sistemas neuronais envolvidos na fisiopatologia dos TUSs, segundo Quevedo e Izquierdo (2020), são o sistema de recompensa cerebral (em especial o *nucleus accumbens*); o sistema de motivação (o córtex orbitofrontal); o circuito de memória e aprendizagem (a amígdala e o hipocampo); e a área de controle e planejamento (o córtex pré-frontal e o giro do cíngulo anterior).

Figura 1

Principais neurocircuitos cerebrais envolvidos nos transtornos por uso de substâncias



Nota: Quevedo & Izquierdo (2020, p. 231). Ilustração de Thyago Moura.

A impulsividade e a compulsividade produzem um ciclo que envolve a compulsão em conseguir e usar a substância, a perda de controle sobre o uso e o surgimento de estados emocionais negativos (disforia, irritabilidade, ansiedade) relacionados à síndrome de abstinência quando o consumo é impossibilitado. Conforme Quevedo e Izquierdo (2020), esse processo decorre de sucessivas neuroadaptações em diferentes circuitos cerebrais que como resultado podem desencadear o uso crônico, a fissura, a tolerância e a recaída.

Modelo cognitivo-comportamental dos TUSs

A Terapia cognitivo-comportamental (TCC) entende que as emoções e os comportamentos são influenciados pelos processos de pensamento (Beck, 2013). Para os teóricos cognitivo-comportamentais, determinados estímulos (internos ou externos) interagem com as vulnerabilidades do indivíduo, com suas crenças disfuncionais a respeito de si mesmos e a respeito do uso de substâncias e levam a fissura, ao comportamento de busca e a manutenção do uso (Figlie *et al.*, 2015).

O modelo cognitivo proposto por Aaron T. Beck, conforme apontam Zanelatto e Laranjeira (2018), considera o uso de substâncias como uma estratégia compensatória que tem a função de neutralizar crenças disfuncionais básicas e centrais a respeito da substância, de si mesmo, do outro, do mundo e das relações entre eles. Além disso, o uso contínuo de substâncias leva ao desenvolvimento de um grupo de crenças específicas a respeito da substância utilizada. O objetivo do tratamento é auxiliar o paciente a desafiar as crenças relacionadas ao uso de substâncias, identificando e desafiando as crenças centrais que as ativam. Nesse sentido, busca-se desenvolver um padrão de comportamento mais adaptativo, por meio do desenvolvimento de crenças mais funcionais (Silva & Serra, 2004).

Revisão da literatura

Recaída

A adesão ao tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias (TUSs) é norteadada por vários desafios, sendo que com frequência, esta é interrompida pelo retorno ao uso de substâncias psicoativas, caracterizando assim, a recaída. Hendershot, Witkiewitz e George *et al.* (2011) definiram a recaída como a interrupção do processo de mudança de comportamento, de modo que o progresso em direção a manutenção da abstinência do uso de drogas é interrompido por um comportamento inverso ao comportamento alvo.

Através de análises de recaídas de pacientes com TUSs foi possível perceber que a estabilização de ocorrências de episódios de recaídas costuma acontecer aproximadamente 90 dias após início da abstinência, sendo raros os usuários, que conseguem permanecer abstinentes após uma única tentativa de abandonar as substâncias psicoativas (Silva, Guimarães & Salles, 2014). Boothby e Doering (2005) apontaram que a taxa de recaída em pessoas com dependência de álcool após um período de abstinência chega a cerca de 85% dos casos. Hendershot *et al.* (2011), também, ressaltaram que as taxas de recaída após doze meses de abstinência de álcool ou tabaco geralmente variam de 80-95% e que as evidências sugerem uma trajetória de recaída parecida para várias classes de substâncias de abuso. É possível identificar que a recaída é um fenômeno comum e frequente, sendo importante compreendê-lo a fim de desenvolver tratamentos mais efetivos para os transtornos por uso de substâncias.

A recaída está relacionada com as dificuldades do indivíduo em evitar fatores de risco e fazer uso de fatores de proteção. Dessa forma, para que o usuário de substâncias psicoativas consiga evitar os fatores de risco, primeiramente, ele precisa identificá-los e ter consciência de sua inabilidade em lidar com os mesmos. Esta conscientização possibilita que ele busque auxílio para desenvolver seu repertório de habilidades e estratégias para lidar com os fatores de ordem emocional, subjetiva e social, que podem levar a uma recaída. Nesse sentido, o tratamento ideal seria aquele que abordasse a identificação de fatores de riscos de recaída e o desenvolvimento de habilidades e estratégias de enfrentamento, capacitando o indivíduo para a manutenção da abstinência (Silva *et al.*, 2014).

Frustração e uso de substâncias

Estévez (2017) apontou que a dificuldade de regulação emocional tem sido considerada preditor de comportamentos relacionados aos TUSs, visto que emoções mal reguladas podem potencializar o uso de substâncias como uma estratégia de escapar do sofrimento ou regular as emoções. Estudos evidenciam que os estados emocionais negativos (raiva, frustração, medo, ansiedade, tensão, solidão, tristeza, preocupação, apreensão e luto) são a condição mais associada à recaída (Baker *et al.*, 2004; Levy, 2008; Diehl *et al.*, 2018).

De acordo com a teoria conhecida como Hipótese de Automedicação, os indivíduos usam substâncias psicoativas para modular seus estados emocionais (Khantzian & Albanese, 2008). Essa teoria enfatiza que a dor psicológica está no centro do comportamento aditivo e que os indivíduos recorrem ao uso de substâncias porque descobrem que determinada droga proporciona alívio,

conforto ou mudança de curto prazo, inalcançáveis de outra forma, para suas angústias. Nesse sentido, o indivíduo escolhe a substância psicoativa que tem uma ação capaz de aliviar estados emocionais que tendem a predominar nele.

É possível encontrar diferentes definições do construto frustração na literatura. Para o presente estudo, a frustração é compreendida como um estado emocional negativo que advém da não satisfação de algo ou de uma necessidade que seja importante para o indivíduo (Faiad, Pasquali & Primi, 2016). A frustração é uma resposta normal, porque faz parte da condição humana vivenciar dificuldades, no entanto, o que diferencia as pessoas é o nível de frustração que elas são capazes de tolerar (Miranda, 2021). Para Buriola *et al.* (2018), a frustração aparece como motivo de recaída nos transtornos por uso de substâncias devido a pouca capacidade do indivíduo em enfrentar os conflitos.

O conceito de “baixa tolerância à frustração”, proposto por Albert Ellis (1979), bastante difundido na literatura da Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC), foi criticado por ser ambíguo e aberto a interpretações negativas, passou-se, então, a utilizar o termo “intolerância à frustração” (Miranda, 2021 & Harrington, 2011). A intolerância à frustração é um conceito que tem desempenhado um papel importante em modelos comportamentais e cognitivos que trabalham com problemas emocionais, especialmente, na TREC (Harrington, 2006). De acordo com Miranda (2021), as crenças de intolerância à frustração são consideradas uma das categorias fundamentais das crenças irracionais relacionadas aos problemas emocionais na TREC.

Harrington (2006) descreveu que ser tolerante à frustração consiste em aceitar a diferença entre o que se deseja e a realidade. Segundo o autor, há quatro fatores associados à intolerância à frustração: 1) intolerância emocional, expressa pela crença de que os pensamentos e sentimentos associados ao sofrimento emocional são intoleráveis; 2) intolerância ao desconforto, relacionado a desconfortos gerais ou decorrentes de dificuldades; 3) direitos (*entitlement*), que refere-se a crença de que outras pessoas devem ceder e não frustrar a realização dos desejos do sujeito; e 4) realização (*achievement*), relacionado a crenças de realizações perfeccionistas, que se traduz numa intolerância à frustração por não conseguir atingir os objetivos desejados.

A incapacidade de tolerar o desconforto associado à cessação do uso de substâncias psicoativas está diretamente relacionada à intolerância à frustração. A intolerância à frustração ocorre quando o indivíduo é exposto a estímulos situacionais (por exemplo, situações sociais, hora do dia) que desencadeiam o desejo de usar álcool ou outras drogas, o que é seguido por uma crença irracional de que ele não é capaz de tolerar o desconforto percebido (por exemplo, dores de cabeça, dor de estômago, ansiedade) de não usar sua droga de escolha (Ellis, McInerney & DiGiuseppe *et al.*, 1988; Heer & Marshall, 1993).

Objetivo

A literatura tem apontado os estados emocionais negativos, entre eles a frustração, como uma das principais causas que levam à recaída no uso de álcool e outras drogas. No entanto, ainda são escassos os estudos desenvolvidos pela Psicologia, que abordam esta temática. Dessa forma, visando contribuir para o aumento da eficácia do tratamento dos Transtornos por Uso de Substâncias, o presente estudo teve como objetivo analisar as produções científicas nacionais e internacionais para compreender a relação entre frustração e a recaída em álcool e outras drogas.

Método

Foi realizada uma Revisão Integrativa (RI) de literatura, baseando-se em Cooper (1982). Essa metodologia baseia-se no agrupamento dos resultados obtidos a partir de pesquisas já desenvolvidas sobre um mesmo assunto, com o intuito de sintetizar e analisar esses dados para desenvolver uma explicação mais abrangente, integrada e pertinente de um fenômeno específico (Cooper, 1982).

O estudo foi realizado por meio das cinco etapas propostas por Cooper (1982): formulação do problema, coletas de dados, avaliação de dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados e conclusões, acrescida dos aspectos éticos.

Primeira etapa: Formulação do problema

A formulação do problema constitui-se por meio da questão norteadora: Qual a relação entre frustração e a recaída em álcool e outras drogas?

Segunda etapa: Coleta de dados

A busca bibliográfica ocorreu em fevereiro de 2022. Foram consultadas as bases de dados Periódicos Capes, Embase, Scopus, Pubmed e Scientific Electronic Library On-line (SciELO), por se tratar de bases de dados eletrônicos que utilizam critérios de rigorosidade científica para indexação de periódicos.

Foram utilizados os seguintes descritores em português: recaída, frustração, transtornos relacionados ao uso de substâncias, todos segundo o DeCs (Descritores em Saúde da Bireme). Foram utilizados os seguintes descritores em espanhol: recurrencia, frustración, trastornos relacionados con sustancias, todos segundo o DeCs (Descritores em Saúde da Bireme). Foram utilizados os

seguintes descritores em inglês: relapse, frustration, substance-related disorders, todos segundo o MeSH (Medical Subject Headings).

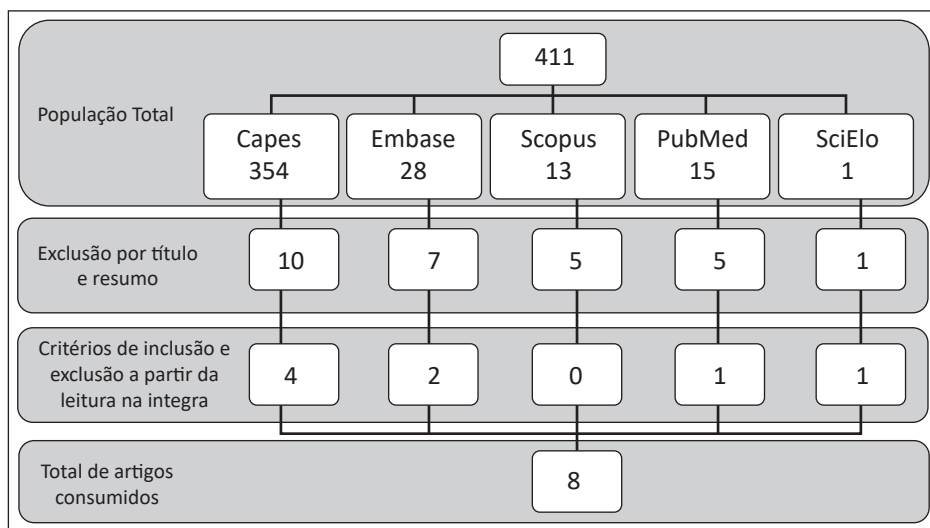
Durante o processo de seleção dos artigos, através da leitura dos títulos e resumos, foi utilizado o *software Rayyan – Intelligent Systematic Review* (<https://www.rayyan.ai/>) para auxiliar na organização dos dados.

Os critérios de inclusão dos estudos na presente revisão foram: estudos escritos no idioma Português, Inglês e Espanhol. Não foi estabelecido um período. Foram utilizados artigos resultantes de pesquisas qualitativas, quantitativas e estudos teóricos, todos com acesso *on-line* na íntegra e com conteúdo gratuito.

Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: artigos que não respondessem à questão norteadora, artigos repetidos, de revisão da literatura e que não estivessem disponíveis para acesso gratuito do resumo.

Figura 2

População de artigos, critérios de inclusão e exclusão e número final de artigos utilizados



A busca por artigos nas bases de dados resultou em 354 artigos nos Periódicos Capes, 28 artigos na Embase, 13 artigos na Scopus, 15 artigos no PubMed e 1 artigo na SciELO. A seleção foi feita em duas etapas: a primeira a partir da leitura do título e do resumo; a segunda com base na leitura do artigo na íntegra.

Ao se aplicar os critérios de inclusão por meio da leitura do título e do resumo, foram selecionados, nas bases de dados, os seguintes números de

artigos: 10 no Periódicos Capes, 7 na Embase, 5 na Scopus, 5 no PubMed e 1 na SciELO. Os artigos repetidos na pesquisa pelas bases de dados ocorreram em 11 ocasiões. Eles foram retirados da amostra e contados, posteriormente, apenas uma vez. Após excluir os repetidos, restaram 17 artigos que foram lidos na íntegra com o intuito de apurar as informações correspondentes à questão norteadora do estudo. Nesse processo, foram excluídos 9 artigos e selecionados para a amostra desta revisão integrativa 8 artigos: 4 no Periódicos Capes, 2 na Embase, 1 no PubMed e 1 na SciELO.

Devido ao número reduzido de artigos encontrados que responderam à questão norteadora com o termo frustração (7 artigos no total) foi incluído na amostra final um artigo que utiliza o termo “*distress intolerance*”. A autora optou por traduzir “*distress intolerance*” como intolerância à angústia ao invés de intolerância ao sofrimento.

Terceira etapa: Avaliação de dados

A avaliação de dados foi realizada por meio da exploração das informações contidas nos artigos, as quais estavam relacionadas à questão norteadora. Tais informações foram registradas em um quadro sinóptico geral (Apêndice 1) que foi preenchido após a leitura na íntegra dos artigos selecionados. Esse instrumento foi estruturado nas seguintes informações:

- dados de identificação (título do artigo, autor(es), periódico, ano, volume, descritores);
- objetivo(s);
- metodologia (tipo de estudo, população/amostra, local onde o estudo ocorreu, tipo de droga, técnica de coleta de dados);
- resultados;
- conclusões;
- recomendações.

Quarta etapa: Análise e interpretação de dados

Nessa fase, os dados foram resumidos a partir das informações contidas no instrumento anterior (Apêndice 1) e registrados em um quadro sinóptico geral (Apêndice 2), com o intuito de sintetizar e, posteriormente, comparar informações relevantes ao objeto deste estudo. Nesse instrumento, foram apresentadas as principais características dos artigos analisados, as quais foram utilizadas para a análise e a interpretação dos resultados das publicações amostradas.

Quinta etapa: apresentação dos resultados

As informações do estudo serão apresentadas em quadros, tabelas e gráficos, a fim de que se constitua uma melhor compreensão da síntese e da comparação dos dados.

Aspectos éticos

Esta Revisão Integrativa de literatura levará em consideração os aspectos éticos, mantendo a autenticidade das ideias, dos conceitos e das definições, assegurando suas autorias.

Resultados e Discussão

Nesta etapa serão apresentados e analisados os resultados desta Revisão Integrativa, com o intuito de caracterizar e compreender a relação entre frustração e a recaída em álcool e outras drogas, através da apresentação de quadros, tabelas e gráficos e da discussão dos dados encontrados.

Na Tabela 2, estão dispostos os títulos, periódicos e autores dos 8 artigos que compõem a amostra desta revisão integrativa.

Tabela 2

Títulos e autores dos artigos selecionados como amostra desta revisão integrativa (1972-2018)

Artigo	Título	Periódico	Autores e ano
A1	A Follow-Up Study of 200 Narcotic Addicts Committed for Treatment Under the Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA)	CAPES Br J Addict Alcohol Other Drugs	Stephens e Cottrell (1972)
A2	Requests for Medications During Chemical Dependency Rehabilitation as a Predictor of Relapse	PUBMED Journal of Substance Abuse	Heer e Marshall (1993)
A3	Contextos de Abstinência e de Recaída na Recuperação da Dependência Química	SciELO Psicologia: Teoria e Pesquisa	Rigotto e Gomes (2002)
A4	Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação	CAPES Colômbia Médica	Carvalho, Brusamarello e Noeremberg Guimarães <i>et al.</i> (2011)
A5	Profiles of Distress Intolerance in a Substance-Dependent Sample	CAPES The American Journal of Drug and Alcohol Abuse	Kathryn McHugh e Otto (2012)
A6	Relapse (Number of Detoxifications) in Abstinent Male Alcohol-Dependent Patients as Related to Personality Traits and Types of Tolerance to Frustration	EMBASE Neuropsychobiology	Baars, Müller e Gallhofer <i>et al.</i> (2013)
A7	Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas	CAPES Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste	Silva <i>et al.</i> (2014)
A8	Reasons to crack consumption relapse. Users' perspective	EMBASE Jornal brasileiro de psiquiatria	Albuquerque e Nappo (2018)

A amostra foi caracterizada conforme o ano de publicação, tamanho e qual a substância de dependência analisada, como mostra a Tabela 3.

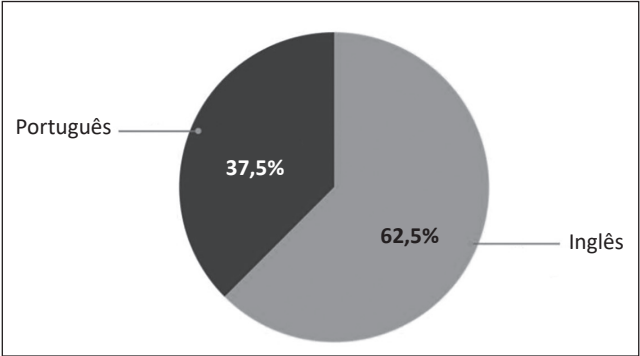
Tabela 3
Ano da publicação, tamanho da amostra e qual o tipo de droga

Artigo	Ano	Tamanho da amostra	Tipo de droga
A1	1972	200 homens	Pacientes com diagnóstico de dependência química, substância não especificada
A2	1993	200 pessoas (78,5% homens)	Pacientes com diagnóstico de dependência química, substância não especificada
A3	2002	12 pessoas (75% homens)	Múltiplas drogas
A4	2011	12 homens	Pacientes com diagnóstico de dependência química, substância não especificada
A5	2012	55 pessoas (78,1% homens)	Opioides
A6	2013	60 homens	Álcool
A7	2014	50 homens	Múltiplas drogas
A8	2018	42 pessoas (87,4% homens)	Crack

A amostra total é composta predominantemente por homens, o que não nos permite afirmar que os motivos da recaída, citados neste trabalho, sejam o mesmo para as mulheres. Importante que estudos futuros busquem abranger as mulheres em suas amostras.

O Gráfico 1 demonstra a divisão dos artigos consumidos de acordo com o seu idioma. Dos 8 artigos científicos consumidos, 5 são escritos no idioma Inglês (62,5%) e 3 são escritos no idioma Português (37,5%). Não foram encontrados artigos escritos no idioma Espanhol para esta Revisão Integrativa. Vale ressaltar que um dos artigos publicados no Brasil foi escrito em inglês.

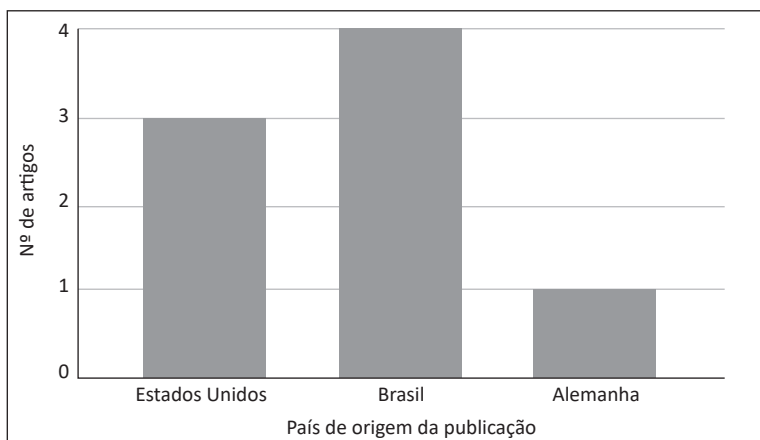
Gráfico 1
Distribuição dos artigos por idioma



O Gráfico 2 apresenta a distribuição dos artigos conforme o país de origem dos artigos utilizados.

Gráfico 2

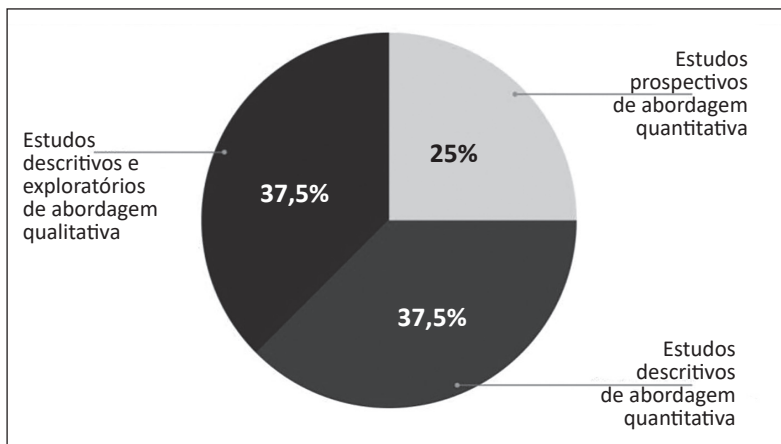
Distribuição dos artigos conforme o país de origem dos artigos utilizados



Com base nesses dados, observa-se que a relação entre frustração e a recaída em álcool e outras drogas é um assunto complexo, já de conhecimento científico, porém, com poucas publicações nacionais e internacionais sobre a temática. O Gráfico 3 demonstra a metodologia dos artigos da amostra: 3 são estudos descritivos de abordagem quantitativa (A5, A6 e A7); 2 são estudos prospectivos de abordagem quantitativa (A1 e A2); e 3 são estudos descritivos e exploratórios de abordagem qualitativa (A4, A8 e A3).

Gráfico 3

Metodologia dos artigos da amostra



A Tabela 4 apresenta os principais objetivos de cada estudo.

Tabela 4
Objetivos dos artigos da amostra

Artigo	Objetivos
A1	Comparar os resultados desta pesquisa sobre a relação entre recaída e as variáveis de idade, tempo de dependência, emprego, raça e educação com os resultados de outros estudos prospectivos. Discutir os motivos que levam à recaída apontados pelos pacientes e pela equipe de tratamento.
A2	Testar a hipótese de baixa tolerância à frustração proposta por Ellis (1979) relacionada à recaída na dependência química.
A3	Identificar os fatores que favorecem o comprometimento com a recuperação do paciente com dependência química e os fatores que levam à recaída.
A4	Identificar as causas de recaída e de busca por tratamento pelos pacientes com dependência química.
A5	Avaliar se a dependência de substâncias psicoativas está associada a elevada intolerância à angústia, independente do impacto dos transtornos afetivos.
A6	Investigar a relação entre os traços de personalidade (impulsividade e agressividade), os traços de ansiedade e depressão relacionados ao neuroticismo e a sensibilidade à frustração com a recaída no uso de álcool.
A7	Identificar, na percepção dos usuários de substâncias psicoativas, fatores de risco e proteção à recaída.
A8	Levantar os motivos apontados pelos usuários de crack como desencadeadores de recaída ao consumo da droga.

Relação entre frustração e recaída

Todos os artigos analisados nesta Revisão Integrativa demonstraram que dentre as principais razões para a recaída no uso de drogas está a incapacidade percebida pelos sujeitos de lidar com as frustrações, (Stephens & Cottrell, 1972; Heer & Marshall, 1993; Carvalho *et al.*, 2011; Kathryn McHugh & Otto, 2012 & Silva *et al.*, 2014) com destaque para as frustrações decorrentes de problemas de relacionamento interpessoal (Rigotto & Gomes, 2002; Baars *et al.*, 2013; Albuquerque & Nappo, 2018).

Stephens e Cottrell (1972) descreveram que as principais razões para a recaída podem ser agrupadas em três categorias. A primeira, é que a droga é usada para aliviar o estresse que o paciente encontra na interação com os outros. A segunda, envolve diretamente o mundo das drogas e as drogas, o paciente volta ao uso de drogas porque gosta de seus efeitos e/ou porque seus amigos usuários o encorajam a se juntar ao grupo. A terceira, reflete a responsabilidade do próprio paciente pelo uso da droga, ou seja, sua incapacidade de lidar com seus próprios problemas e a frustração decorrente deles.

Os indivíduos com TUSs tendem a perceber as adversidades da vida cotidiana com exagero, o que leva a uma percepção de incapacidade de tolerar

as frustrações, principalmente, quando elas envolvem relações interpessoais (Rigotto & Gomes, 2002). Baars *et al.*, (2011) comparou a relação entre as frustrações com causas externas ao sujeito decorrentes de fontes humanas (relacionamentos interpessoais) com as de fontes não humanas (situações que não envolvem o relacionamento com outras pessoas) e a recaída no uso de álcool. Seus achados indicaram que o número de recaídas tem relação com respostas específicas às frustrações causadas por outras pessoas. Evidenciou-se que a reação de depressão em resposta às frustrações, causadas pelos parceiros sociais está mais claramente associada à recaída do que reações às frustrações de uma fonte não humana. Em concordância, Albuquerque e Nappo (2018) revelaram com os achados do seu estudo que os problemas de relacionamento interpessoal e a consequente frustração foram os motivos mais citados como gatilhos de recaída pelos participantes entrevistados.

Os discursos dos usuários entrevistados por Albuquerque e Nappo (2018) mostraram um grau de decepção superdimensionado em relação a questões cotidianas não resolvidas. Fica evidente a vulnerabilidade emocional e pouco manejo dos entrevistados em lidar com os problemas, o que desencadeia uma frustração que só parece ser satisfeita com a droga. Rigotto e Gomes (2002) alertaram em seu estudo que a incapacidade que os usuários de crack têm de suportar a frustração pode causar um ciclo vicioso, já que a tendência do indivíduo, após a recaída, é sentir-se fracassado e frustrado, o que contribui ainda mais para a manutenção do consumo.

Silva *et al.* (2014) salientaram que as emoções negativas, quando mal elaboradas podem induzir a comportamentos inadequados, como por exemplo o abuso de substâncias psicoativas. Os resultados de seu estudo revelaram que a frustração, a ansiedade e a raiva foram as principais emoções negativas, apontadas como fator de risco à recaída pelos usuários. Além disso, a dificuldade em lidar com a frustração foi citada como o principal sentimento que induziu a recaída ao uso de drogas.

Considerações finais

A presente revisão teve como objetivo compreender a relação entre frustração e a recaída em álcool e outras drogas. As publicações selecionadas apontaram a inabilidade dos indivíduos em lidar com as frustrações como um dos principais motivos que levam à recaída no uso de drogas (Stephens & Cottrell, 1972; Heer & Marshall, 1993; Carvalho *et al.*, 2011; Kathryn McHugh & Otto, 2012 & Silva *et al.*, 2014). Além disso, alguns artigos enfatizaram o papel das frustrações decorrentes de problemas que envolvem relacionamentos interpessoais no processo de recaída (Rigotto & Gomes, 2002; Baars *et al.*, 2013; Albuquerque & Nappo, 2018).

A compreensão dos TUSs como transtornos crônicos, no qual a recaída é um risco constante, implica na necessidade de tratamento contínuo (McLellan, 2002). Tendo em vista as evidências encontradas nesta revisão de que a intolerância à frustração é elevada entre indivíduos com TUSs, este pode ser um alvo particularmente importante das intervenções terapêuticas para pacientes identificados como de risco. Heer e Marshall (1993) sugeriram que os profissionais podem ajudar os pacientes a evitar recaídas ao introduzir componentes no tratamento que ensinem estratégias para lidar com as frustrações.

Perceberam-se algumas limitações no decorrer da presente revisão. Observa-se que a relação entre frustração e a recaída em álcool e outras drogas é um assunto já de conhecimento científico, porém, com poucas publicações nacionais e internacionais sobre a temática e que não abrangem todas as classes de substâncias psicoativas. As drogas têm especificidades entre si, de modo que talvez não seja possível generalizar afirmações sobre o fenômeno abordado nesta revisão para substâncias que ainda não foram estudadas empiricamente (Figlie *et al.*, 2015). Ademais, a amostra total é composta predominantemente por homens, o que não nos permite afirmar que os motivos da recaída, citados neste trabalho, sejam o mesmo para as mulheres. Recomenda-se que estudos futuros investiguem a relação entre frustração e a recaída no uso de substâncias psicoativas ainda não estudadas, como também busquem abranger as mulheres em suas amostras.

Outra limitação encontrada foi que nem todos os artigos puderam ser acessados gratuitamente na íntegra. Em duas situações, após leitura do título e resumo, percebeu-se a possibilidade de o artigo responder à questão norteadora e ser incluído na amostra. No entanto, não foi possível obter os artigos em questão. Diante disso, Machado (2018, p. 30) pontuou a necessidade de “reavaliar a disponibilidade de materiais científicos, principalmente em se tratando de assuntos ainda pouco explorados, dado que o conhecimento deve ser compartilhado entre todos.”

Por fim, a compreensão da relação entre intolerância à frustração e a recaída no uso de drogas é de particular importância para direcionar o tratamento e as intervenções preventivas para indivíduos com transtornos por uso de substâncias. Dessa forma, apesar das limitações constatadas, o presente trabalho contribui com a ampliação do conhecimento sobre esta temática. Além disso, estes resultados podem suscitar a elaboração de outros estudos, com o intuito de desenvolver e avaliar intervenções que busquem introduzir componentes no tratamento dos TUSs que ensinem estratégias para o paciente lidar com as frustrações a fim de reduzir o número de recaídas.

REFERÊNCIAS

Albuquerque, R. C. R. D., & Nappo, S. A. (2018). Reasons to crack consumption relapse. Users' perspective. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 67, 194-200.

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Appiah, R., Danquah, S. A., Nyarko, K., Ofori-Atta, A. L., & Aziato, L. (2017). Precipitants of Substance Abuse Relapse in Ghana: A Qualitative Exploration. *Journal of Drug Issues*, 47(1), 104-115. Doi: <https://doi.org/10.1177/0022042616678612>

Baars, M. Y., Müller, M. J., Gallhofer, B., & Netter, P. (2013). Relapse (number of detoxifications) in abstinent male alcohol-dependent patients as related to personality traits and types of tolerance to frustration. *Neuropsychobiology*, 67(4), 241-248.

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, 111(1), 33.

Beck, J. S. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental*. Artmed Editora.

Boothby, L. A., & Doering, P. L. (2005). Acamprosate for the treatment of alcohol dependence. *Clinical therapeutics*, 27(6), 695-714.

Buriola, A., Silva, A., Prestes, A., Nascimento, L., Cavalleri, M., & Bordão, M. (2018, nov. 9). Análise de determinantes intra e interpessoais como motivos de recaída no contexto da dependência química. *Journal of Nursing and Health*, 8(2).

Chaim, C. H., Bandeira, K. B. P., & Andrade, A. G. de. (2015). Fisiopatologia da dependência química. *Revista de Medicina*, 94(4), 256-262. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v94i4p256-262>

Chandler, R. K., Fletcher, B. W., & Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: improving public health and safety. *JAMA*, 301(2), 183-190. Doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2008.976>

Cooper, H. M. (1982). Scientific Guidelines for Conducting Integrative Research Reviews. *Review of Educational Research*, 52(2), 291-302. Doi: <https://doi.org/10.3102/00346543052002291>

Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (2018). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. (2ª ed.). Grupo A.

Ellis, A. (1979). A note on the treatment of agoraphobics with cognitive behavior modification versus prolonged exposure in vivo. *Behavior Research & Therapy*, 17, 162-164.

Ellis, A., McNerney, J. F., DiGiuseppe, R., & Yeager, R. J. (1988). *Rational-emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

Estévez, A. N. A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, 6(4), 534-544.

Faiad, C., Pasquali, L., & Primi, R. (2016). Construction and evidence of validity of the Objective Test of Reaction to Frustration. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, (e32ne224). Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0102-3772e32ne224>

Figlie, N. B., Bordin, S., & Laranjeira, R. (2015). *Aconselhamento em dependência química*. (3ª ed.). Grupo GEN.

Harrington, N. (2006). Frustration intolerance beliefs: Their relationship with depression, anxiety, and anger, in a clinical population. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 699-709. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9061-6>

Harrington, N. (2011). Frustration intolerance: Therapy issues and strategies. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(1), 4-16.

Heer, M. J., & Marshall, M. J. (1993). Requests for medications during chemical dependency rehabilitation as a predictor of relapse. *Journal of Substance Abuse*, 5(1), 79-84. Doi: [https://doi.org/10.1016/0899-3289\(93\)90125-U](https://doi.org/10.1016/0899-3289(93)90125-U)

Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 6, 17. Doi: <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>

Kathryn McHugh, R., & Otto, M. W. (2012). Profiles of distress intolerance in a substance-dependent sample. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 38(2), 161-165.

Khantzian, E. J., & Albanese, M. J. (2008). *Understanding addiction as self medication: Finding hope behind the pain*. [S.l.]: Rowman & Littlefield Publishers.

Levy, M. S. (2008). Listening to our clients: The prevention of relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(2), 167-172.

Machado, M. L. (2018). *A dependência química entre os profissionais da saúde: uma revisão integrativa*.

McLellan A. T. (2002). Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective. *Addiction*, Abingdon-England, 97(3), 249-252. Doi: <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00127.x>

Mendes Carvalho, F. R., Brusamarello, T., Noeremberg Guimarães, A., Paes, M. R., & Alves Maftum, M. (2011). Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Colombia Médica*, 42(2), 57-62.

Messas, G. P., & Vallada Filho, H. P. (2004). O papel da genética na dependência do álcool. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 54-58.

Miranda, R. S. D. (2021). *Tradução, adaptação, evidências de validade de construto e normas da Frustration Discomfort Scale (FDS) para uso no Brasil*. [S.l.].

Quevedo, J., & Izquierdo, I. (2019). *Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos*. [S.l.]. Artmed Editora.

Rigotto, S. D., & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 18, 95-106.

Silva, C. J. D., & Serra, A. M. (2004). Terapias cognitiva e cognitivo-comportamental em dependência química. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 26, 33-39.

Silva, D. M. F. M., & Ventura, C. A. A. (2018). O Tratamento da Dependência Química e os Direitos Humanos. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 7(2), 113-122. Doi: [https://doi.org/10.17063/bjfs7\(2\)y2018113](https://doi.org/10.17063/bjfs7(2)y2018113)

Silva, M. L. D., Guimarães, C. F., & Salles, D. B. (2014). *Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas*. [s.l].

Stephens, R., & Cottrell, E. (1972). A follow-up study of 200 narcotic addicts committed for treatment under the Narcotic Addict Rehabilitation Act (NARA). *British Journal of Addiction to Alcohol & Other Drugs*, 67(1), 45-53.

United Nations Office on Drugs and Crime. (2021, jun. 24). *Relatório Mundial sobre Drogas 2021, avalia que pandemia potencializou riscos de dependência*. Recuperado de https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2021/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2021-do-unodc_-os-efeitos-da-pandemia-aumentam-os-riscos-das-drogas--enquanto-os-jovens-subestimam-os-perigos-da-maconha-aponta-relatorio.html

Zanelatto, N. A., & Laranjeira, R. (2018). *O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais: Um Guia para Terapeutas*. (2ª ed.). Grupo A. [S.l].

APÊNDICES

Apêndice 1

Instrumento para avaliação dos dados

Dados de identificação	
Número	
Ano	
Título do Artigo	
Autor(es)	
Periódico, ano, volume, número	
Decs	
Objetivo	
Metodologia	
Tipo de Estudo	
Amostra	
Tipo de droga	
Local onde o estudo aconteceu	
Técnica de coleta dos dados	
Principais Resultados	
Conclusões	
Recomendações	

Apêndice 2
Quadro sinóptico geral

Artigo	Ano	Título	Autor (es)	Amostra	Objetivo	Metodo- logia	Principais resultados	Conclu- sões	Recomen- dações
A1									
A2									
A3									
A4									
A5									
A6									
A7									
A8									

CAPÍTULO 5

VIOLÊNCIA E AGRESSIVIDADE NA PERSPECTIVA DA NEUROCIÊNCIA

Lorrane Ribeiro de Souza
Rosa Maria Martins de Almeida

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

Entende-se como violência o uso intencional de poder ou força que venha a causar danos à saúde física ou psicológica, podendo ser direcionada a si mesmo ou a outro indivíduo ou grupo, mesmo que esta não seja considerada crime, porém a sua conceituação é difícil por depender do momento histórico e cultural a qual está inserida, mas sabe-se que a violência sempre esteve presente entre humanos e animais, fazendo também parte dos fenômenos naturais (Tavares, Scheffer & de Almeida, 2012; Zancan, Wasserman & Lima, 2013). Por estar inserido na sociedade de modo geral, o fenômeno da violência busca ser combatido de diversas formas por causar impactos à saúde individual, sistemas públicos de saúde, trabalhos, escolas e outros (Dahlberg & Krug, 2006). É importante compreender que os comportamentos agressivos e violentos podem ter diversas causas, como baixa escolaridade, depressão, ansiedade, temperamento agressivo, drogadição e, conforme alguns estudos, também o uso de álcool, que tem relação recorrente com a violência voltada tanto para si quanto para o outro, por aumentar a impulsividade que pode levar também a emissão de comportamentos de risco (de Almeida, Pasa & Scheffer, 2009; Tavares *et al.*, 2012).

Todavia, para que se chegue à emissão de um comportamento agressivo algumas regiões encefálicas são ativadas, como a substância cinzenta periaquedutal, amígdala, córtex pré-frontal e o hipotálamo (Siegel & Victoroff, 2009). Com a ativação dessas regiões, que muitas vezes se dá por estressores internos ou externos ao sujeito, hormônios circulantes no organismo sofrem alterações em sua liberação ocasionando tais comportamentos, de forma reativa, sobre forte influência de emoções negativas como a raiva, ou pró-ativa, com menor influência emocional e maior premeditação dos atos (Lombardo, New & Goodman *et al.*, 2005; Manigault, Zoccola & Hamilton *et al.*, 2019; Montoya, Terburg & Bos *et al.*, 2012; Yu & Shi, 2009). De forma semelhante, existem processos neurais relacionados a como as vítimas de violência são afetadas e como se dá o enfrentamento e o próprio reconhecimento de se estar em uma situação de violência, o que pode envolver a divisão simpática do sistema nervoso autônomo, processos de aprendizagem ou em alguns casos

levar à patologias como o Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) (Antonio, Dias & Somões *et al.*, n.d.; Guedes & Fonseca, 2011).

Sistema Nervoso e Agressão

O comportamento agressivo está diretamente relacionado com o funcionamento do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), pois quando o estressor, seja ele físico, químico ou emocional, é percebido pelo neocórtex, o hipotálamo recebe os sinais que o levam a produzir e enviar para a glândula pituitária os hormônios liberadores de corticotrofina (CRH) que liberam corticotrofina (ACTH) pela corrente sanguínea, até o córtex da glândula suprarrenal, produzindo grandes quantidades de cortisol, hormônio relacionado ao estresse, resultando nas reações fisiológicas de agressividade (Calhoun, Helms & Heilbron *et al.*, 2014). Essa liberação elevada de cortisol gera um *feedback* negativo, moderado pela amígdala e hipocampo e podem diminuir a capacidade de tomada de decisão e outras funções cognitivas (Klosowska Verbeken & Braet *et al.*, 2020).

Ao passo em que o cortisol circula em maior quantidade no organismo, também o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) ativa a divisão Simpática (SNS), responsável pelo mecanismo de luta ou fuga, por meio da liberação de norepinefrina (noradrenalina) na medula da glândula suprarrenal levando epinefrina (adrenalina) para o córtex desta glândula (Bergström, 1964 & De Almeida *et al.*, 2009). O SNS, quando ativado leva a reações corporais como taquicardia, dilatação das pupilas, vasoconstrição, e ativação da medula suprarrenal, que são necessárias para que o organismo consiga reagir frente ao estressor, no caso da agressão gerando comportamentos externalizantes (Bergström, 1964 & Martins de Almeida *et al.*, 2009).

Sistema Nervoso e Vitimização

Passar por situações violentas e traumáticas pode despertar diversas reações no ser humano, não se pode generalizar a forma com que cada um irá reagir, mas sabe-se que para alguns pode ter um efeito agudo e para outros pode ser crônico (Antonio *et al.*, n.d.). Essas situações estressoras, sejam agudas (intensas, com menor duração) ou crônicas (se estendem ao longo do tempo) ativam os sistemas neurais correspondentes ao estresse, o eixo HPA e o SNS que fazem com que a vítima reaja em luta ou fuga, podendo enfrentar o agressor ou fugir/esconder da situação violenta, e nos casos de estresse crônico, a repetida exposição faz com que a quantidade de cortisol liberada se torne tóxica levando a neuroinflamações e podendo gerar patologias como

ansiedade, depressão, diabetes, hipertensão, acidente vascular encefálico (AVE), dentre outras (McEwen, 2019).

Nem todas as vítimas reconhecem que estão sofrendo algum tipo de violência, mas a atenção disponibilizada por serviços oferecidos a população, como os serviços de saúde podem reconhecer a situação de violência e auxiliar no enfrentamento (Menezes, Lima & Correia *et al.*, 2014). O fato da vítima não reconhecer que está em uma situação de violência pode ser devido a aprendizagem que adquiriu ao longo da vida, já que o processo de aprendizagem pode passar pela fase de habituação, processo integrante da memória não declarativa, onde o indivíduo se habitua a situações e não consegue perceber de forma consciente que essas estão ocorrendo, e envolve os núcleos da base, neocórtex, cerebelo e a amígdala que é uma das principais áreas envolvida com as emoções, em especial o medo (Bear *et al.*, 2014).

Outro processo de aprendizagem, envolvido na memória não declarativa é o de condicionamento, que junto com o estresse crônico, ambos envolvendo o hipocampo, contribuem para a existência do TEPT, que segundo o DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição), traz sintomas característicos de revivência do medo e ansiedade disfuncionais com ou sem presença de anedonia e pensamentos negativos, e em alguns casos pode ser observados em pacientes acometidos com TEPT uma redução do hipocampo assim como aumento de cortisol circulante (American Psychiatric Association, 2014; Bear *et al.*, 2014). Dentro do TEPT, uma reação também importante e que está sendo melhor estudada é a de Mobilidade Tônica (MT), que ocorre na impossibilidade de lutar ou fugir da situação ameaçadora, sendo uma imobilidade profunda e falta de resposta a estímulos ameaçadores, se apresentando como um preditor da gravidade do TEPT (Magalhaes, Gama & Gonçalves *et al.*, 2021).

Discussão

Estudos sobre violência e agressividade têm geralmente como foco para medidas biológicas o cortisol, principal hormônio envolvido no processo de estresse e agressividade, como esse hormônio segue o ciclo circadiano, tendo menor flutuação durante a tarde, o cortisol diurno é o mais procurando para a realização de pesquisas, sendo que durante a noite os níveis basais são mais baixos e vão se acumulando para ter o pico pela manhã, e ao longo do dia reduzir, porém, muitos estudos têm horários diversificados para a coleta (Tabela 1) (Kim, Zhang & Zeiders *et al.*, 2018; MacMillan, Georgiades & Duku *et al.*, 2009). Para medidas psicológicas, alguns instrumentos podem ser utilizados como inventários e questionários que devem estar de acordo com a faixa etária estudada (McKay, Fouladirad & Cameron, 2021).

Tabela 1***Variação de horário de coleta de amostra biológica para medida de cortisol***

Autor (ano)	Via de coleta	Horário de coleta
(Malhi <i>et al.</i> , 2019)	Salivar	09:00h
(Rinnewitz <i>et al.</i> , 2019)	Salivar	15:00h
(Linares <i>et al.</i> , 2013)	Salivar	12:00h
(Poustka <i>et al.</i> , 2010)	Sanguínea	17:00h
(Yu & Shi, 2009)	Salivar	13:30h
(Hamilton <i>et al.</i> , 2008)	Salivar	14:00h
(Gerra <i>et al.</i> , 1999)	Sanguínea	18:00h

É importante considerar que além do horário de coleta, o cortisol pode sofrer alteração pela fase do ciclo menstrual, portanto, para melhor compreender o efeito do estresse na agressividade e na forma de enfrentamento deve-se levar em consideração que entre homens e mulheres e entre mulheres em diferentes fases do ciclo, diferentes reações podem surgir, como luta, fuga, habituação ou imobilidade tônica (Magalhaes *et al.*, 2021; Menezes *et al.*, 2014). Nos estudos de Rinnewitz, Parzer e Koenig *et al.* (2019), que foi realizado apenas com o público feminino é possível compreender que entre a fase folicular e a lútea há diferença nos níveis de cortisol pós estresse, sendo que outros estudos como o de Platje, Pompe e Vermeiren *et al.* (2015), que teve a amostra feminina e masculina constatou que mulheres na fase lútea têm respostas de cortisol mais próxima da amostra masculina.

Considerações finais

Sabendo que a violência é um fenômeno social e que a agressividade também está para todos, independente de idade ou gênero, a neurociência que estuda esse fenômeno é importante a fim de compreender os processos psicológicos e biológicos que conduzem o sujeito para a ação violenta e os possíveis agravos para a vítima.

O modo de enfrentamento da violência tanto para o agressor quanto para a vítima é subjetivo, mas na falta de reconhecimento dos atos violentos pela habituação é importante que haja uma rede de apoio e instrução, assim como para a superação dos eventos, que, como visto, podem ter efeitos crônicos no desenvolvimento fisiológico cognitivo e social do sujeito afetado.

REFERÊNCIAS

Antonio, S., Dias, S., Somões Canavez, L., Santos de Matos, E., Faculdade, *, Fluminense, S., & Redonda-Brasil, V. (n.d.). *Transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência doméstica: prejuízos cognitivos e formas de tratamento transtorno de estresse post-traumático en mujeres víctimas de violencia domestica: perjuicios cognitivos y formas de tratamiento pos.*

Bergström, R. M. (1964). Physiology of the Autonomic Nervous System. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 8(4), 17-20. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1399-6576.1964.tb00252.x>

Calhoun, C. D., Helms, S. W., Heilbron, N., Rudolph, K. D., Hastings, P. D., & Prinstein, M. J. (2014). Relational victimization, friendship, and adolescents hypothalamic-pituitary-adrenal axis responses to an in vivo social stressor. *Development and Psychopathology*, 26(3), 605-618. Doi: <https://doi.org/10.1017/S0954579414000261>

Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Issue suppl), 1163-1178. Doi: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232006000500007>

Daughters, S. B., Gorka, S. M., Matusiewicz, A., & Anderson, K. (2013). Gender specific effect of psychological stress and cortisol reactivity on adolescent risk taking. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 749-758. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9713-4>

De Almeida, R. M., Pasa, G. G., & Scheffer, M. (2009). Alcohol: Gender and implications in the violence. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 252-260. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0102-79722009000200012>

Gerra, G., Zaimovic, A., Sartori, R., Raggi, M. A., Bocchi, C., Zambelli, U., Timpano, M., Zanichelli, V., Delsignore, R., & Brambilla, F. (1999). Experimentally induced aggressiveness in adult children of alcoholics (ACOA's): Preliminary behavioral and neuroendocrine findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(6), 776-783. Doi: <https://doi.org/10.15288/jsa.1999.60.776>

Guedes, R. N., & Fonseca, R. M. G. S. da. (2011). A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Revista da escola de Enfermagem da USP*, 45(spe2), 1731-1735. Doi: <https://doi.org/10.1590/s0080-62342011000800016>

Hamilton, L. D., Newman, M. L., Delville, C. L., & Delville, Y. (2008). Physiological stress response of young adults exposed to bullying during adolescence. *Physiology and Behavior*, 95(5), 617-624. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2008.09.001>

Kapur, S. (2015, set.). Adolescence: The stage of transition. *Horizons of Holistic Education*, 2, 233-250. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/285299181_ADOLESCENCE_THE_STAGE_OF_TRANSITION

Kim, S. Y., Zhang, M., Zeiders, K. H., Sim, L., & Gleason, M. E. J. (2018). Acute salivary cortisol response among Mexican American adolescents in immigrant families. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 24(4), 510-520. Doi: <https://doi.org/10.1037/cdp0000218>

Klosowska, J. C., Verbeken, S., Braet, C., Wijnant, K., Debeuf, T., De Henauw, S., & Michels, N. (2020). The moderating role of emotion regulation in the Association between Stressors with Psychological and Biological Measures in Adolescence. *Psychosomatic Medicine*, 82(5), 495-507. Doi: <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000804>

Linares, L. O., Shrout, P. E., Nucci-Sack, A., & Diaz, A. (2013). Child maltreatment, dating perpetration of physical assault, and cortisol reactivity among disadvantaged female adolescents. *Neuroendocrinology*, 97(3), 252-259. Doi: <https://doi.org/10.1159/000342958>

Lombardo, I., New, A. S., Goodman, M., Talbot, P. S., Huang, Y., Ph, D., Hwang, D., Slifstein, M., Curry, S., Abi-dargham, A., Laruelle, M., & Siever, L. J. (2005). Subjects With Impulsive Aggressivity : a positron emission study with [11 C] McN 5652. *American Journal of Psychiatry*, 162(20), 915-923.

MacMillan, H. L., Georgiades, K., Duku, E. K., Shea, A., Steiner, M., Niec, A., Tanaka, M., Gensey, S., Spree, S., Vella, E., Walsh, C. A., De Bellis, M. D., Van der Meulen, J., Boyle, M. H., & Schmidt, L. A. (2009). Cortisol Response to Stress in Female Youths Exposed to Childhood Maltreatment: Results of the Youth Mood Project. *Biological Psychiatry*, 66(1), 62-68. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.12.014>

Magalhaes, A. A., Gama, C. M. F., Gonçalves, R. M., Portugal, L. C. L., David, I. A., Serpeloni, F., Pinto, L. W., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Volchan, E., Figueira, I., Vilete, L. M. P., Luz, M. P., Berger, W., Erthal, F. S., Mendlowicz, M. V., Mocaiber, I., Pereira, M. G., & De Oliveira, L. (2021, set.).

Tonic immobility is associated with ptsd symptoms in traumatized adolescents. *Psychology Research and Behavior Management*, 14, 1359-1369. Doi: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S317343>

Malhi, G. S., Das, P., Outhred, T., Dobson-Stone, C., Irwin, L., Gessler, D., Bryant, R., & Mannie, Z. (2019). Effect of stress gene-by-environment interactions on hippocampal volumes and cortisol secretion in adolescent girls. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(4), 316-325. Doi: <https://doi.org/10.1177/0004867419827649>

Manigault, A. W., Zoccola, P. M., Hamilton, K., & Wymbs, B. T. (2019, Dec.). Testosterone to cortisol ratio and aggression toward one's partner: Evidence for moderation by provocation. *Psychoneuroendocrinology*, 103, 130-136. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.01.018>

McEwen, B. S. (2019). The good side of "stress." *Stress*, 22(5), 524-525. Doi: <https://doi.org/10.1080/10253890.2019.1631794>

McKay, S. L., Fouladirad, S., & Cameron, C. A. (2021). The Frustration Social Stressor for Adolescents (FSS-A): A newly adapted psychosocial stressor. *Stress and Health*, 37(4), 715-728. Doi: <https://doi.org/10.1002/smi.3029>

Menezes, P. R. de M., Lima, I. de S., Correia, C. M., Souza, S. S., Erdmann, A. L., & Gomes, N. P. (2014). Process of dealing with violence against women: Intersectoral coordination and full attention. *Saúde e Sociedade*, 23(3), 45-52. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300004>

Montoya, E. R., Terburg, D., Bos, P. A., & van Honk, J. (2012). Testosterone, cortisol, and serotonin as key regulators of social aggression: A review and theoretical perspective. *Motivation and Emotion*, 36(1), 65-73. Doi: <https://doi.org/10.1007/s11031-011-9264-3>

Platje, E., Popma, A., Vermeiren, R. R. J. M., Doreleijers, T. A. H., Meeus, W. H. J., van Lier, P. A. C., Koot, H. M., Branje, S. J. T., & Jansen, L. M. C. (2015). Testosterone and cortisol in relation to aggression in a non-clinical sample of boys and girls. *Aggressive Behavior*, 41(5), 478-487. Doi: <https://doi.org/10.1002/ab.21585>

Poustka, L., Maras, A., Hohm, E., Fellingner, J., Holtmann, M., Banaschewski, T., Lewicka, S., Schmidt, M. H., Esser, G., & Laucht, M. (2010). Negative association between plasma cortisol levels and aggression in a high-risk

community sample of adolescents. *Journal of Neural Transmission*, 117(5), 621-627. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00702-010-0386-7>

Rinnewitz, L., Parzer, P., Koenig, J., Bertsch, K., Brunner, R., Resch, F., & Kaess, M. (2019). A Biobehavioral Validation of the Taylor Aggression Paradigm in Female Adolescents. *Scientific Reports*, 9(1), 1-10. Doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-43456-4>

Siegel, A., & Victoroff, J. (2009). Understanding human aggression: New insights from neuroscience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(4), 209-215. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.06.001>

Tavares, G. P., Scheffer, M., & de Almeida, R. M. M. (2012). Drogas, violência e aspectos emocionais em apenados. *Psicologia: Reflexao e Critica*, 25(1), 89-95. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000100011>

Yu, Y. Z., & Shi, J. X. (2009). Relationship between levels of testosterone and cortisol in saliva and aggressive behaviors of adolescents. *Biomedical and Environmental Sciences*, 22(1), 44-49. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-3988\(09\)60021-0](https://doi.org/10.1016/S0895-3988(09)60021-0)

Zancan, N., Wassermann, V., & Lima, G. Q. de. (2013). Pensando Famílias. *Pensando Familias*, 17(1), 63-76. Doi: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2013000100007

CAPÍTULO 6

IMPLICAÇÕES DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS ASSERTIVAS NA SAÚDE DO TRABALHADOR E NOS RESULTADOS ORGANIZACIONAIS

Maria Virgínia de Carvalho⁴

O ser humano não vive isolado e o processo de interação social se faz necessário desde o seu nascimento. Oliva, *et al.* (2017) destacam que entre os mamíferos, o ser humano apresenta maior período na dependência dos cuidadores para garantir a sua própria sobrevivência.

O desenvolvimento social do indivíduo se inicia no nascimento com o contato físico nos momentos de higiene, alimentação e banho mesmo quando a criança não consegue falar os cuidadores estão falando com ela, cantando, contando histórias e assim, as crianças vão aprendendo, por observação, os comportamentos dos pais e interagindo com eles e desta forma, as primeiras interações vão se dando no núcleo familiar, na escola com os amiguinhos e com os professores e observando a interação dos outros é que o ser humano vai aprendendo a se relacionar. (Del Prette & Del Prette, 2020). Neste sentido, Caballo (1996/2002) salienta que o período crítico para aprendizagem de habilidades sociais é na infância e no convívio com os familiares é que as crianças aprenderiam interagir socialmente por modelação (observando os comportamentos dos familiares) e por instrução (os cuidadores descrevendo o comportamento a ser emitido, por exemplo, “diga oi para o seu coleguinha”).

Apesar das evidências científicas de que as habilidades sociais são aprendidas talvez pelo fato de que o ser humano é um ser social há uma tendência, do senso comum, em se acreditar que as habilidades sociais são inatas ou que os indivíduos podem adquiri-las automaticamente, como parte do processo de desenvolvimento ou como consequência da educação formal criando assim, a expectativa de que todo adulto apresentaria um repertório comportamental socialmente habilidoso. No entanto, observa-se que um indivíduo adulto e com alta escolaridade pode apresentar dificuldades em emitir comportamentos socialmente habilidosos, apesar de estar em interação social desde o seu nascimento.

O indivíduo pode apresentar *déficits* em habilidades sociais por diversos fatores, dentre eles: não ter aprendido e assim, não ter respostas hábeis no seu repertório comportamental; devido à ansiedade condicionada em que estímulos neutros de situações de interação social foram associados a estímulos aversivos, por exemplo uma criança ao apresentar uma peça teatral esqueceu a sua fala e foi ridicularizado pelos coleguinhas e posterior a este evento, não apresenta a resposta de falar em público; o indivíduo aprendeu a avaliar os seus comportamentos sociais de forma negativa pelas suas crenças e valores; devido a sua história de vida o indivíduo não percebe as situações sociais como reforçadoras; o indivíduo não aprendeu a discriminar as situações nas quais uma determinada resposta conduz ao reforço; o indivíduo desconhece os seus direitos ou não está seguro em relação a eles (Caballo, 1996/2002)

Caballo (1996/2002, p. 365) define que o comportamento socialmente habilidoso

[...] é um conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa os sentimentos, atitudes, desejos e opiniões ou direitos desse indivíduo, de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais, e que geralmente resolve os problemas imediatos da situação enquanto minimiza a probabilidade de futuros problemas.

As habilidades sociais são vistas como um conjunto de comportamentos emitidos diante de situações interpessoais, que favoreçam o aumento dos ganhos e que reduzam as perdas nas interações. (Del Prette & Del Prette, 2001). Sendo assim, as habilidades sociais se relacionam a comportamentos necessários que permitem uma relação interpessoal bem-sucedida. (Elias & AmaraL, 2016; Bolsoni-Silva & Carrara, 2010). As habilidades sociais funcionalmente se definem pela relação entre as respostas observadas no episódio de interação social e os seus antecedentes (estímulos discriminativos ou demandas) e os consequentes (observados a curto ou médio prazo) associados àquelas respostas emitidas no episódio de interação. (Del Prette & Del Prette, 2008).

O campo das habilidades sociais enfrentou problemas conceituais, não havendo ainda hoje uma definição unânime de habilidade social uma vez que ela depende do contexto cultural que é mutável. Assim, os comportamentos socialmente hábeis ⁵ dependem da cultura bem como da idade, sexo, classe social e educação e desta forma, um comportamento pode ser considerado adequado (socialmente hábil) em uma situação e não em outra. (Caballo,

5 A autora utilizará os termos comportamento assertivo e comportamento socialmente habilidoso de forma sinônima. Para melhor compreensão teórica acerca dos termos ver Caballo (1988), Del Prette e Del Prette (1999).

1996/2002). É relevante destacar que a habilidade social é uma característica do comportamento e não do indivíduo; que depende da situação e portanto, não é universal; que deve se levar em consideração o contexto cultural e outras variáveis referentes à situação de interação; que está ligada a capacidade do indivíduo de escolher se comportar de forma livre e, que é um comportamento não prejudicial. (Alberti, 1977 *apud* Caballo, 1996/2002).

As principais classes de habilidades sociais apontadas como relevantes para as etapas do desenvolvimento e para os papéis sociais que os indivíduos assumem ao longo do ciclo vital são compreendidas de forma ampla por dez itens:

1. comunicação (iniciar, manter e finalizar conversa);
2. civilidade (cumprimentar, fazer pedidos, agradecer, se desculpar);
3. fazer e manter amizade (expressar sentimentos, responder a contato);
4. empatia (ouvir, tentar ver a situação relatada do ponto de vista do outro e demonstrar compreensão);
5. assertivas (defender seus direitos, fazer e recusar pedidos, expressar desagrado);
6. expressar solidariedade (identificar necessidades do outro, oferecer ajuda);
7. manejar conflitos e resolver problemas interpessoais (perceber o problema, defini-lo, levantar alternativas de solução do problema, colocar em prática a alternativa escolhida e avaliar a eficácia da mesma);
8. expressar afeto e intimidade (expressar sentimentos de afeto, demonstrar interesse pelo outro, abordar para relações sexuais);
9. coordenar grupo (distribuir tarefas, incentivar, dar *feedback*, mediar interações);
10. falar em público (distribuir o olhar pela plateia, tom de voz audível, ler o mínimo possível) (Del Prette & Del Prette, 2017).

Cada uma das classes de habilidades sociais geralmente é composta por subclasses por exemplo: a comunicação (iniciar, manter e finalizar conversa) pode ser composta pelas subclasses fazer pergunta, responder, concordar, discordar etc. (Del Prette & Del Prette, 2017). Assim, o indivíduo que emitir os comportamentos de forma adequada é considerado socialmente habilidoso.

Na classe de resposta iniciar conversa, por exemplo, o comportamento deve ser considerado tanto pelo conteúdo da fala quanto pela forma (topografia). Um “Oi” é diferente de um “Bom dia”. Um “Bom dia” emitido com um sorriso é diferente de um “Bom dia” emitido com a face enrijecida. Neste sentido, a literatura destaca que os comportamentos assertivos se referem tanto aos elementos verbais (conteúdo da fala. O que se fala) quanto aos

componentes não verbais e paralinguísticos (como se fala). Os componentes não verbais da comunicação se referem ao olhar, a expressão facial, ao sorriso, a postura corporal (movimentos pernas, cabeça, braços), a distância, ao contato físico, a aparência pessoal e os componentes paralinguísticos da comunicação se referem a latência (intervalo de tempo entre a fala do falante e a resposta do ouvinte), ao volume (altura da voz), ao tempo de fala (tempo em que o indivíduo se mantém falando sem interrupção), fluência (dicção e mudança de tonalidade), velocidade (quantidade de palavras relacionadas ao tempo da fala), tonalidade (qualidade da voz – aguda, suave, grave), ritmo (alternância de pausas e entonações da fala). Salienta-se que o conteúdo verbal é apresentado de forma associada aos componentes não verbais e paralinguísticos da comunicação e assim, os comportamentos socialmente hábeis são verificados tanto pela sua função quanto pela topografia (Caballo, 2003/2008; Del Prette & Del Prette, 2017)

Os comportamentos que ocorrem nas interações sociais foram classificados de forma ampla em três tipos por Alberti e Emmons (1978):

[...] comportamento não-assertivo, comportamento agressivo e comportamento assertivo. O indivíduo que emite comportamentos não-assertivos frequentemente não expressa os seus reais pensamentos e sentimentos violando os seus próprios direitos; quando expressa seus pensamentos e sentimentos o faz de forma autoderrotista, com desculpas ou falta de confiança; permite que os outros falem e escolham por ele e como consequência sente-se magoado, explorado e ansioso (Alberti & Emmons, 1978).

Em relação ao comportamento não verbal e paralinguístico evita olhar nos olhos do ouvinte, voz baixa, postura abatida; tom vacilante ou de queixas (Caballo, 1996/2002).

O indivíduo que emite comportamento agressivo geralmente defende seus direitos e expressa pensamentos e sentimentos de maneira exagerada e esta forma de se expressar é desonesta e inapropriada, e sempre viola os direitos da outra pessoa; emite comportamentos verbais agressivos como ofensas, ameaças e comentários hostis e também pode emitir comportamentos não verbais e paralinguísticos como punhos cerrados, olhares intensos e ataques físicos, nível de voz aumentada e como consequência sente raiva, frustração e pode vivenciar relações não reforçadoras. O indivíduo que emite comportamento assertivo geralmente expressa seus pensamentos e sentimentos de forma direta sem ameaçar ou castigar os demais; a mensagem é dita sem dominar e humilhar o outro envolvendo respeito, tanto por si mesmo quanto pelo outro e como consequência vivencia relações saudáveis que podem acarretar em melhor qualidade de vida e também pode emitir comportamentos não verbais

e paralinguísticos de olhar nos olhos do ouvinte, nível de voz natural e fala fluente (Alberti & Emmons, 1978; Caballo, 1996/2002).

Embora Alberti e Emmons (1978) tenha dividido os comportamentos sociais em três tipos esta divisão pode variar, por exemplo, Del Prette e Del Prette, (2017), dividem os comportamentos sociais em dois conjuntos: os desejáveis (relacionados com as habilidades sociais) e os indesejáveis (ativos e passivos). Os comportamentos desejáveis estão relacionados aos valores de respeito mútuo entre os indivíduos que estão em interação. Já os comportamentos indesejáveis ativos estão relacionados à agressão verbal ou física (coação, manipulação, xingamentos, ironias, tapas, socos) e os passivos estão relacionados ao isolamento, omissão, autodepreciação e a submissão. Para classificar um comportamento como desejável ou indesejável na relação social tem que se verificar as consequências dos comportamentos em relação aos benefícios e malefícios que eles acarretam para o emissor, para o grupo e para a comunidade e que os comportamentos desejáveis passam pela aceitação da cultura.

Falcone (2001) afirma que as habilidades sociais têm sido relacionadas a melhor qualidade de vida, a realização pessoal e sucesso profissional e a relações interpessoais mais gratificantes e que os *déficits* nas habilidades sociais podem estar relacionados a transtornos psicológicos como depressão e ansiedade. Nessa mesma perspectiva, Del Prette e Del Prette (2002) afirmam que o sucesso nas relações interpessoais é importante para o desenvolvimento, a realização pessoal e a qualidade de vida dos seres humanos ao passo que os *déficits* sociais podem levar sentimentos de insegurança, rejeição, insatisfação com a autoimagem, a timidez, ao isolamento social, ao suicídio e até aos transtornos psiquiátricos.

Na literatura vários autores estudaram a relação entre habilidades sociais e saúde. Por exemplo, Almeida e Lisboa, (2014) conduziram um estudo de revisão sistemática para possibilitar um maior esclarecimento acerca das habilidades sociais dos envolvidos no processo de *bullying*. Pereira, Wagner e Oliveira (2014) estudaram *déficits* em habilidades sociais e ansiedade social. Feitosa e Biasoto (2013) realizaram estudo com o objetivo de explorar correlações entre habilidades sociais e neuroticismo. Wagner *et al.* (2010) estudaram o uso da maconha associado ao *déficit* de habilidades sociais em adolescentes. Wagner e Oliveira, (2007) estudaram habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. Cunha *et al.* (2007) estudaram habilidades sociais em alcoolistas. Martins *et al.* (2012) realizaram um estudo com o objetivo resgatar as relações de trabalho em uma equipe multiprofissional de uma Unidade de Saúde da Família (USF) para a formação de vínculos profissionais saudáveis e foi observado mais qualidade no ambiente de trabalho acarretando um cuidado mais eficaz ao usuário. Goulart Júnior *et al.* (2021) realizaram um estudo para avaliar as habilidades sociais profissionais no repertório comportamental de

gestores atuantes em setores administrativos e os indicadores de depressão e ansiedade. Os resultados possibilitaram a formulação da hipótese de que gestores habilitados apresentam menores indicadores de depressão e ansiedade.

Estudos também verificaram a relação das habilidades sociais nos resultados organizacionais e vale ressaltar que os resultados organizacionais interferem na saúde do trabalhador. Dantas e Henriques (2020) realizaram um estudo sobre o relacionamento interpessoal, o ambiente e o clima dentro das empresas e como estes podem influenciar nos resultados organizacionais e as autoras concluíram que as formas de relacionamento entre gestores e colaboradores e a relação do colaborador com o próprio trabalho podem influenciar positiva ou negativamente no desempenho e resultados, e que relacionamento interpessoal e clima organizacional satisfatórios geram maior comprometimento com a qualidade do trabalho realizado na organização. Pereira, Bezerra e Barros (2019) realizaram estudo para conhecer a percepção da equipe de enfermagem sobre as relações interpessoais e identificar como elas se estabelecem no ambiente de trabalho e foi observado a importância da ação comunicativa durante o trabalho da enfermagem para o desenvolvimento do relacionamento interpessoal com autonomia e objetivos comuns entre a equipe.

Dias *et al.* (2020) identificaram os fatores que impactam nas relações interpessoais na enfermagem e os resultados apontaram que as construções afetivas fortalecem as relações interpessoais no trabalho bem como as ações gerenciais e os autores sugeriram desenvolver ações para o estabelecimento de relações interpessoais saudáveis nas instituições, como reuniões periódicas, apoio da chefia, estímulo ao respeito, cordialidade e empatia. Fonseca *et al.* (2013) avaliaram a relação entre o apoio social organizacional e a satisfação no trabalho entre funcionários de uma empresa de petróleo e verificaram que quanto mais alto o nível de apoio social, maior a satisfação. Cerutti e Wagner (2014) avaliaram as habilidades sociais de funcionários de uma Instituição de Ensino Superior (IES) que trabalham com atendimento ao público e os resultados apontaram para a necessidade de promover o desenvolvimento de habilidades para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos integrantes possibilitando a realização profissional, aumento do rendimento e produtividade no trabalho.

As habilidades sociais também foram verificadas como fator de proteção para saúde em alguns estudos e em diversos contextos. Um estudo analisou o repertório de habilidades sociais e a satisfação profissional de médicos que atendem em contexto ambulatorial e concluiu que um bom repertório de habilidades sociais facilita o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico, serve de fator de proteção contra o estresse e outros problemas mentais além de possibilitar a satisfação profissional (Pinheiro-Carozzo *et al.*, 2020); outro estudo verificou as associações entre o repertório de habilidades sociais

e *burnout* de médicos residentes e encontraram associações significativas (Pereira-Lima & Loureiro, 2017); outro estudo avaliou a relação preditiva das habilidades sociais e das características sociodemográficas sobre o transtorno por uso de crack e os resultados identificaram que maiores habilidades sobre enfrentamento com risco ($OR=8,6$) e menores habilidades de conversação e desenvoltura social ($OR=-0,19$) apresentaram-se como fatores de risco para uso de crack (Schneider & Andretta, 2017);

Pereira, Dutra-Thomé e Koller (2016) realizaram um estudo para avaliar relações entre habilidades sociais e pensamentos negativos com fatores de proteção e de risco na adultez emergente e constataram que as habilidades sociais podem ser consideradas fator de proteção uma vez que, estão associadas a melhores índices de autoestima, autoeficácia e qualidade nos relacionamentos; outro estudo revisou a literatura acerca da relação entre transtornos alimentares e habilidades sociais em adolescentes e constatou que quanto maior o repertório de habilidades sociais dos adolescentes, maior será o fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos alimentares (Uzunian & Vitale, 2015);

Campos, Del Prette e Del Prette (2014) realizaram um estudo para avaliar as habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção da depressão na adolescência e concluiu que o modelo avaliado apresentou baixo poder preditivo. No entanto, Feitosa (2014) realizou um estudo seguindo uma perspectiva biopsicossocial de análise da literatura, reunindo informações sobre os fatores de risco e proteção associados aos sintomas depressivos e concluiu que as habilidades sociais contribuem para a diminuição dos sintomas depressivos à medida que alteram as condições do ambiente vivencial da pessoa, incluindo a construção de suporte social, do aumento da autoconfiança e da autoestima, da diminuição do estresse e do aumento nos reforçadores sociais em geral; outro estudo avaliou a competência social e a empatia em crianças escolares que vivem em situação de pobreza e os dados obtidos enfatizaram a importância dessas duas características como fatores de proteção, contribuindo para a resiliência e adaptação (Cecconelo & Koller, 2000).

Uma vez que as habilidades sociais são essenciais na vida humana e podem funcionar como fator de proteção para a saúde mental o que fazer em relação aos indivíduos que viveram em um ambiente que não foi favorável para o desenvolvimento destas habilidades? Os indivíduos com *déficits* nas habilidades sociais poderão desenvolvê-las em programas de Treinamento em Habilidades Sociais (THS). O THS visa ensinar comportamentos específicos para integrar o repertório comportamental do indivíduo (Caballo, 1996/2002). O THS do ponto de vista da técnica consiste na avaliação e da intervenção (Murta, 2005). A avaliação se refere a análise para verificar os *déficits* em

habilidades sociais, verificar as crenças, os estímulos antecedentes e consequentes, as respostas emocionais que poderiam dificultar a emissão de comportamentos socialmente hábeis (Caballo, 2003/2008). Os procedimentos de avaliação utilizados podem incluir entrevista com o paciente ou com outras pessoas significativas do convívio do cliente, autorregistro, questionários, observação direta dos comportamentos, representações de papéis, inventários (Caballo 2003/2008; Del Prette & Del Prette, 2002).

Na intervenção por meio do THS verifica-se a predominância de técnicas cognitivo-comportamentais como: o ensaio comportamental, modelagem, modelação, instruções/treinamento, *feedback* e reforçamento, tarefas de casa, treinamento em solução de problemas, redução das autoverbalizações negativas e aumento das positivas e relaxamento (Caballo, 2003/2008). Outras técnicas também podem ser utilizadas como a psicoeducação, questionamento de crenças e pensamentos disfuncionais (Del Prette & Da Motta; 2005). Caballo (1996/2002) também destaca que as intervenções podem ser realizadas de forma individual ou em grupo.

A literatura aponta a eficácia do THS em população clínica e não clínica (Caballo, 2003/2008; Falcone, 2001). Em população clínica foram realizados estudos em indivíduos que apresentavam problemas conjugais (Cardoso & Costa, 2019; Sardinha, Falcone & Ferreira, 2009), dependência química (Limberger, 2017; Silva *et al.*, 2018), transtornos de personalidade (Del Prette, Falcone & Murta, 2013), depressão (Fernandes, Falcone & Sardinha, 2012; Goulart Júnior *et al.*, 2021; Bolsoni-Silva & Loureiro, 2016; Campos, Del Prette & Del Prette, 2014), fobia social (Rocha, Bolsoni-Silva & Verdu, 2012), ansiedade (Quevedo, *et al.*, 2019) e em população não clínica em escolares, acadêmicos (Gomes & Soares, 2013), grupo de policiais militares (Couto, Vandenberghe & Brito, 2012), preparação para o trabalho (Pereira-Guizzo *et al.*, 2018), professores (Quiterio *et al.*, 2021).

O século XX foi marcado por importantes conquistas no campo das habilidades técnicas/tecnológicas e atualmente dentro das empresas são normais os treinamentos para as pessoas dominarem as tecnologias que utilizarão no desenvolvimento do seu trabalho. (Caballo, 2003/2008). O autor destaca que os profissionais cujo trabalho necessita de contato direto com seres humanos não possuem habilidades sociais necessárias para o cumprimento adequado de seu trabalho e mesmo na área da saúde é dada ênfase na competência técnica em prol da competência social e neste contexto, é frequentemente encontrado profissionais muito competentes tecnicamente, mas que não demonstram competência social nas interações, por exemplo, médicos, que não demonstram empatia pelo cliente.

No que tange à Psicologia Del Prette (1992) salienta que o psicólogo como mediador na promoção de relações mais equilibradas e saudáveis deveria

demonstrar competência social na sua atuação profissional e que apesar da relevância das habilidades sociais para o psicólogo percebe-se que elas têm sido negligenciadas na sua formação acadêmica. Um estudo realizado por Del Prette (1978) mostrou que os cursos de Psicologia atribuem maior importância à formação teórica (técnica) dos alunos, preocupando-se menos com a competência social. Bandeira *et al.* (2006) apontam que psicoterapeutas com maior grau de empatia obtêm resultados melhores com seus clientes comparados a psicoterapeutas com baixo grau nessa habilidade.

Em relação aos comportamentos socialmente habilidosos no contexto de trabalho faz-se necessários as relações produtivas e satisfatórias; habilidades na solução de problemas e conflitos; coordenar tarefas; empatia; perseverança; autocontrole; saber lidar com as emoções, com stress e com situações estressantes. (Del Prette & Del Prette, 2006). Uma das habilidades necessárias a líderes e coordenadores é dar *feedback* e neste sentido, Caballo (1996/2002) destaca que a falta de *feedback* pode gerar incertezas, inseguranças em relação ao que os chefes estão pensando acerca do trabalho e o funcionário pode interpretar a situação de forma inapropriada levando-o a desenvolver ansiedade ou medo de errar. A ausência do *feedback* também pode levar o funcionário a ter uma autoconfiança falsa, por exemplo, se o chefe não reclamou de nada é porque está gostando do trabalho e isso não ser necessariamente verdadeiro. Caballo (1996/2002) além de destacar a importância do *feedback* ainda salienta as formas de fazê-lo: deve concentrar no comportamento e não na pessoa; o que se espera que o indivíduo realize deve ser especificado para que a pessoa entenda o que deve ser feito; deve ser dado diretamente a pessoa; deve se concentrar nos aspectos positivos com sugestões de melhora, além de ser dado de forma privada para não expor o indivíduo.

Apesar da relevância das habilidades sociais na saúde das pessoas a literatura mostra que há poucos estudos relacionados ao THS sobretudo no contexto organizacional (de trabalho). Hintze e Scatolin (2018) realizaram um estudo de revisão da literatura para compreender como as organizações lidam com as questões voltadas aos relacionamentos interpessoais de seus trabalhadores, sobretudo em situações de conflitos e concluíram que existem poucas pesquisas na área e que os estudos apontam para a promoção de um ambiente organizacional saudável e acolhedor para os trabalhadores. Os autores ressaltam ainda que apenas um estudo apontou ações de melhoria para tentar intervir no relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. Assim, fica evidente a necessidade de mais estudos nesta temática.

REFERÊNCIAS

Alberti, R. E., Emmons, M. L. (1978). *Comportamento assertivo um guia de autoexpressão*. Tradução Jane Maria Corrêa, Belo Horizonte: Interlivros.

Almeida, L. Silva; Lisboa, C. (2014, jan./jun.). Habilidades sociais e bullying: uma revisão sistemática. *Contextos Clínicos*, 7(1), 62-75. Doi: <https://doi.org/10.4013/ctc.2014.71.06>

Bandeira, M. *et al.* (2006). Habilidades interpessoais na atuação do psicólogo. *Interação em Psicologia*, 10(1), 139-149. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v10i1.5710>

Bolsoni-Silva, A. T., Carrara, K. (2010). Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. *Psicologia em Revista, Belo Horizonte*, 16(2), 330-350. Recuperado em 1º maio 2022 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682010000200007.

Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R. (2016). O impacto das habilidades sociais para a depressão em estudantes universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(4), 1-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324212>.

Caballo, V. E. (1988). *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro.

Caballo, V. E. (1996/2002). O Treinamento em Habilidades Sociais. Em Caballo, V. E. *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento*. Tradução Marta Donila Claudino. (pp. 361-398). São Paulo: Santos Livraria Editora.

Caballo, V. E. (2003/2008). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos Livraria Editora.

Campos, J. R., Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P. (2014). Depressão na adolescência: habilidades sociais e variáveis sociodemográficas como fatores de risco/proteção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 408-442. Recuperado em 1º maio 2022 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n2/v14n2a03.pdf>

Cardoso B. L. A., Costa, N. (2019). Desenvolvimento de habilidades sociais de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo: um estudo teórico. *Interação em Psicologia*, 23(1), 20-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i1.53789>

Cecconello, A. M., Koller, S. H. (2000). Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. *Estud. psicol.*, 5(1), p. 71-93. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100005>

Cerutti, P. S., Wagner, M. F. (2014). Habilidades Sociais no Atendimento ao Público. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(1), 40-46. Doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed.v6n1p40-46

Couto, G., Vandenbergh, L., Brito, E. A. G. (2012, ago.). Interações interpessoais e estresse entre policiais militares: um estudo correlacional. *Arq. bras. psicol.*, 64(2), 47-63. Recuperado em 29 maio 2022 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672012000200005&lng=pt&nrm=iso

Cunha, S. M. *et al.* (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. *Revista brasileira de terapia cognitiva*, 3(1), 31-39. Recuperado em 13 maio 2022 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872007000100004&lng=pt&nrm=iso

Da Motta, P. V. F. (2005). A Influência do *locus* de controle conjugal, das habilidades sociais conjugais e da comunicação conjugal na satisfação com o casamento. *Ciênc. cogn.*, 6(1), 123-132. Recuperado em 29 maio 2022 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-58212005000300014&lng=es&nrm=iso

Dantas, A. A. & Henriques, F. R. (2020). Relacionamento interpessoal no ambiente de trabalho. *Revista Científica Integrada*, 4(5), p. 1-13. Recuperado em 1º maio de <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume-4-edicao-5/4171-rci-relacionamento-interpessoal-122020/file>.

Del Prette, A., Del Prette, Z. A. P., & Braco & Uyguaciara, V. C. (1992). Competência social na formação do psicólogo. *Paideia*, FFCLRP USP, Rib. Preto, (2), 40-50. Recuperado de 1º maio 2022 em <https://www.scielo.br/j/paideia/a/cyfg3vSd8XVG5YwYJ5KB44C/?format=pdf&lang=pt>.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (1978). O treino assertivo na formação do psicólogo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 30(2), 53-55.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2001). Desenvolvimento da competência social e relações interpessoais. Em Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. (pp. 30-45). [S.l.]: Vozes.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2002). Avaliação de habilidades sociais de crianças com um inventário multimídia: Indicadores sociométricos associados à frequência versus dificuldade. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 61-73. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722002000100009>

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2006). *Relações interpessoais e habilidades sociais no âmbito do trabalho e das organizações*. Recuperado de <http://www.rihs.ufscar.br>.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2008) Um sistema de categorias de habilidades sociais educativas. *Paidéia*, 18(41), 517-530. Recuperado em 23 maio 2022 de <https://www.scielo.br/j/paideia/a/RJtctW4YstSkfbdsW3McQPJ/?format=pdf&lang=pt>

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2012). O desenvolvimento das Habilidades sociais. Em Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. *Psicologia das Habilidades Sociais terapia, educação e trabalho*. (pp. 17-23). Petrópolis, RJ: Editora vozes.

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A. P. (2017). Habilidades Sociais. Em Almir Del Prette & e Zilda A.P. Del Prette. *Competência social e habilidades sociais: manual teórico-prático*. (pp. 19-35). [S.l.]: Editora vozes.

Del Prette, Z. A. P., Falcone, E. M. O., Murta, S. G. (2013). Contribuições do campo das habilidades sociais para a compreensão, prevenção e tratamento dos transtornos de personalidade. In Carvalho, L. F., Primi, R. (Org.). *Perspectivas em psicologia dos transtornos da personalidade: Implicações teóricas e práticas*. (pp. 326-358). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dias, J. S. *et al.*, (2020). Saúde, comportamento e gestão: impactos nas relações interpessoais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 29. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0057>

Elias, L. C. S.; Amaral, M. V. (2016). Habilidades Sociais, Comportamentos e Desempenho Acadêmico em Escolares antes e após Intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61.

Falcone, E. (2001). Habilidades sociais para além da assertividade. Em Wielenska, R. C. *Sobre comportamento e cognição: Psicologia comportamental e cognitiva: questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos*. (Vol. 6, pp. 202-212). Santo André, SP: ESETec.

Feitosa, F. B. (2013). Habilidades sociais e sofrimento psicológico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(1), 38-50. Recuperado em 1º maio em 2022 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000100004&lng=pt&tlng=pt.

Feitosa, F. B. (2014). A depressão pela perspectiva biopsicossocial e a função protetora das habilidades sociais. *Psicologia: ciência e profissão*, 34(2), 488-499.

Fernandes, C. S., Falcone, E. M. O., Sardinha, A. (2012). Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 183-196.

Fonseca, L. *et al.* (2013). Relacionamento interpessoal & trabalho em equipe: impactos num ambiente organizacional. *Anais do XII Congresso nacional de excelência em gestão*. ISSN 1984-9354

Gomes, G., Soares, A. B. (2013). Inteligência, habilidades sociais e expectativas acadêmicas no desempenho de estudantes universitários. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 26(4). Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400019>

Goulart Júnior, E. *et al.* (2021). Habilidades, ansiedade e depressão em gestores. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-12. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003221850>

Hintze, S. S., Scatolin, H. G. (2018). Relações interpessoais no ambiente organizacional: um olhar sobre a saúde do trabalhador. *Revista Spacios*, 39(42), 25-36.

Limberger, J. *et al.* (2017). Treinamento em habilidades sociais para usuários de drogas: revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínic.*, 10(1), 99-109. Doi: <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2017.101.08>

Martins, A. R. *et al.* (2012). Relações Interpessoais, Equipe de Trabalho e seus Reflexos na Atenção Básica I. *Revista brasileira de educação Médica*, 36(1), Supl. 2, 6-12. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000300002>

Murta S. G. (2005). Aplicações do Treinamento em Habilidades Sociais: Análise da Produção Nacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 283-29, Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200017>

Oliva, A. D. *et al.* (2017). Aspectos biológicos e culturais sobre desenvolvimento infantil e cuidados parentais. Em Vieira, M. L. & Oliva, Â. D. (Orgs.). *Evolução, Cultura e Comportamento Humano* (Vol.1, pp. 159-209). [S.l.]: Edições do Bosque/CFH/UFSC. (Série Saúde e Sociedade.

Pereira, A. S.; Dutra-Thome, L.; Koller, S. H. (2016). Habilidades sociais e fatores de risco e proteção na adultez emergente. *Psico*, Porto Alegre, 47(4), 268-278. Doi: <https://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2016.4.23398>

Pereira, A. S.; Wagner, M. F.; Oliveira, M. S. (2014). Déficits em habilidades sociais e ansiedade social: avaliação de estudantes de psicologia. *Psicol. educ.*, (38), 113-122. Recuperado em 13 maio 2022 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752014000100010&lng=pt&nrm=iso

Pereira, T. B., Bezerra, M. R. B., Barros, M. M. A. (2019). Relações interpessoais da equipe de enfermagem no ambiente de trabalho. *DêCiência em Foco*, 3(1), 65-81. ISSN 2526-5946

Pereira-Guizzo, C. S. *et al.* (2018). Programa de habilidades sociais para adolescentes em preparação para o trabalho. *Psicol. Esc. Educ.*, Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, 22(3). Doi: <https://doi.org/10.1590/2175-35392018035449>

Pereira-Lima, K.; Loureiro S. R. (2017). Associações entre habilidades sociais e dimensões de burnout em médicos residentes. *Estud. Psicol.*, 34(2). Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-02752017000200009>

Pinheiro-Carozzo, *et al.* (2020). Habilidades Sociais e Satisfação Profissional de Médicos que Atendem em Contexto Ambulatorial. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 27-40. Doi: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.vi.808>

Quevedo, R. F. *et al.* (2019). Treinamento de habilidades sociais em adolescentes com transtorno de ansiedade social: uma revisão sistemática. *Rev.*

Bras. Psicoter., 21(2), 35-48. Recuperado em 22 maio 2022 em <https://cdn.publisher.gn1.link/rbp.celg.org.br/pdf/v21n2a03.pdf>.

Quiterio, P. L. *et al.* (2021). Promoção das Habilidades Sociais de Futuros Professores com foco na Educação Inclusiva. *Estud. pesquis. psicol.*, 21(2), 611-631. Doi: <https://doi.org/10.12957/epp.2021.61060>

Rocha, J. F., Bolsoni-Silva, A. T.; Verdu, A. C. M. A. (2012). O uso do treino de habilidades sociais em pessoas com fobia social na terapia comportamental. *Perspectivas em análise do comportamento*, 3(1), 38-56. Recuperado em 1º maio 2022 em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-35482012000100005

Sardinha, A., Falcone, E. M. O., Ferreira, M. C. (2009, set.). As relações entre a satisfação conjugal e as habilidades sociais percebidas no cônjuge. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 395-402. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300013>

SCHNEIDER, J. A.; Andretta, I. (2017). Habilidades sociais como fatores de risco e proteção entre homens usuários de crack. *Quaderns de psicologia, International journal of psychology*, 19(2), 151-156, 2017. Doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1394>

Silva, M. *et al.* (2018, dez.). Avaliação do repertório de habilidades sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 26(4), 849-858, Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1633>.

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

Wagner, M. *et al.* (2010). O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. *SMAD, Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 6(2), 255-273. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i2p255-273>

Wagner, M. F.; Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica*, 19(2), 101-116. Recuperado em 1º maio de 2022 em <https://www.scielo.br/j/pc/a/FWFVhnJ7KyNLrdYG5s9GvXj/?format=pdf&lang=pt>.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 7

PROCESSO DE FISCALIZAÇÃO E DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE MENTAL NO ESTADO DE GOIÁS

Ana Lourdes de Castro Schiavinato

*Pensar é uma ação com a qual corporificamos
hábitos e costumes que configuram o **ethos** de nossa
existência como sujeitos políticos que somos.*
(Roseni Pinheiro)

O isolamento da espécie humana como proposta de cuidado e tratamento: experiência manicomial na contemporaneidade. A Psicologia no processo de desinstitucionalização

Este texto é o resultado do trabalho de fiscalização e ‘desinstitucionalização em instituições psiquiátricas localizadas no Estado de Goiás que prestam “tratamento” para pessoas em sofrimento mental e ou que fazem uso de substâncias psicoativas. Considera-se aqui um relato de experiência profissional de psicologia e a importância da prática e do fazer e suas implicações nas políticas públicas, bem como a atuação a partir dos princípios éticos da profissão.

As linhas que seguem essa experiência tratam do conceito de Saúde Mental e da Desinstitucionalização – Cuidado fora de instituições e fora dos muros manicomiais – dentro da perspectiva da Reforma Psiquiátrica e dos Direitos Humanos.

Desse modo, para a discussão foi utilizado de forma didática os conceitos e o processo de trabalho desenvolvido, suas repercussões e resultados, para que se possa refletir de qual caminho partimos e aonde queremos chegar com o cuidado as pessoas em sofrimento mental e ou em situação de vulnerabilidade. Quais as contribuições da psicologia no processo histórico da saúde mental e quais as tecnologias têm se desenvolvido na atenção psicossocial de cuidado.

6 Desinstitucionalização: saída de pessoas com longo período de internações em Hospitais Psiquiátricos, passa tornar-se política pública de saúde mental no Brasil a partir dos anos 90.

No campo da experiência, várias situações e vivências trazem um desenvolvimento do aprendizado que pode ser sistêmico na carreira profissional, neste sentido esse presente relato pretende descrever uma prática pessoal e profissional mesmo que ela tenha ocorrido de forma institucional a partir do contexto do Conselho Regional de Psicologia – CRP 09.

Entendemos que a Saúde Mental tem um processo histórico extremamente estigmatizado, excludente e limitado no que se refere a tratamento e ou cuidado das pessoas.

Sabe-se que a sociedade não tem acolhido os sujeitos com sofrimento psíquico como pessoas de direitos e de poder de escolhas e autonomia. Historicamente o sofrimento psíquico foi tratado pelas ciências como desrazão e desequilíbrio (Rabelo, *et al.*, 2009).

Historicamente as pessoas foram objetos de estudos e tratamento que sempre partiu do modelo biomédico voltado para a medicalização e intervenções psiquiátricas focadas nos sintomas e doenças. Os sintomas e desajustes ou alterações comportamentais trazem a culpabilização do sujeito, sendo eles os responsáveis por não conseguirem se ajustar de forma satisfatória a sociedade.

O setor saúde desde a década de 70 tem oferecido uma vasta gama de inovação organizacional nas Políticas Públicas na área de Saúde Mental. Temos a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS. Estes foram movimentos de Luta social que trouxeram uma agenda e propostas da desospitalização como garantia de direito e cidadania. Ou seja, um novo *design* de justiça distributiva (Amarante, 2010).

Mas, Venturini (2010) sugere uma avaliação detalhada dos pontos críticos de todo o processo. Veja só: A partir dos anos 60, se tem constituído no Brasil uma verdadeira e autêntica indústria para o enfrentamento da Loucura. Ela provocou um poder de corrupção e uma perversão no circuito da assistência psiquiátrica. Os hospitais psiquiátricos conveniados incentivaram a cronicidade das doenças com o objetivo do lucro. Os custos globais da psiquiatria alcançaram níveis alarmantes e têm crescido em detrimento de outras necessidades sanitárias no país.

Desta forma, fica notório os interesses capitalistas e fascistas sobre as pessoas acometidas pela concepção da loucura, loucura estas impostas pela sociedade e até mesmo pela comunidade médica psiquiátrica, aliás, são interesses sobre o poder da vida humana, **Ethos**. Ou seja, a psiquiatria para se adentrar a medicina, comprou e pagou a loucura como doença, e o doente passou a SER um produto de mercado, não excluindo aqui aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas ou os “invisivelmente vulneráveis”.

Destaca-se então que a saúde mental passou e passa por um processo de busca por justiça social. Processo que no seu percurso é construído por

pessoas e para pessoas e que há interesses econômicos, técnicos e políticos, daí não podemos deixar de levar em consideração profissionais envolvidos no processo. Equipes e profissionais passam a ser sujeitos de mudanças, mas, ao mesmo tempo condicionados pelas suas ideologias, sujeitos e trabalhadores com nível de salários baixos, subordinados a um poder de gestão, reprodutores de técnicas aprendidas nas suas mais variadas formações universitárias, muitas vezes trazem em si um modelo biomédico e não reflexivo da saúde coletiva.

Essas condições de impasses, entre garantir direitos e cidadania através de legislações e transformações normativas, colocando a loucura num novo lugar social, entre o capitalismo exacerbado no caso aqui da psiquiatria clássica e antidemocrática, a falta de estrutura institucional e de gestão, e a falta de autonomia técnica política dos profissionais envolvidos com a saúde mental, se torna um grande gargalo e desafiador para a implementação de um cuidado humanizado no país, chamado Brasil.

Afinal o que podemos conceituar como Saúde Mental? O que é a Loucura? Essas são perguntas que a sociedade e profissionais buscam o tempo todo nos seus mais variados campos de trabalho. Percebe-se que, ter algumas respostas facilita reflexões e mudanças em suas práticas, seja, até mesmo para repudiar e ou desistirem de trabalhar com a demanda em saúde mental ou mesmo aceitá-la como processo natural do ser humano.

Por que é tão importante pensar sobre a loucura? Talvez porque, por meio dela, pensamos sobre nós mesmos e colocamos em jogo a nossa normalidade (Rovatti, 1998).

Afinal saúde mental se faz com gente cuidando de gente.

Paulo Amarante (2011) traz em sua obra *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, que o que se conhece como saúde mental é uma área muito extensa e complexa de conhecimento. Que vai além daquilo denominado de Loucura, é um campo de conhecimento e de atuação técnica no âmbito das políticas públicas de saúde.

É um campo de conhecimento e atuação em saúde complexo, plural, intersetorial e com muita transdisciplinaridade de saberes. Ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos exercida por apenas um profissional, o psiquiatra. Não é apenas psicopatologia, semiologia e não pode ser reduzida a tratamento de doenças mentais (Amarante, 2013).

Afinal, de perto ninguém é normal, mas pode-se dizer também que de perto ninguém é anormal. Tornar terapêuticos e terapeutizantes é, ter características alternativas (Venturini, 2010). No entanto, as experiências aqui descritas têm como objetivo elucidar reflexões, dúvidas e certezas que foram provocadas no percurso das fiscalizações. Uma das reflexões é perguntar

de que saúde mental estamos cuidando? Quais princípios éticos embasam o cuidado? Qual psicologia está inserida neste cuidado? Agora não tenho dúvida de que cuidamos de pessoas e tenho a certeza de que o cuidado em liberdade é terapêutico e que somos atores de mudanças e transformação na vida das pessoas.

Experiências no Estado de Goiás

As experiências em Goiás no que se trata de desinstitucionalização através de fiscalizações, proporcionaram a percepção social da loucura na Idade Média, uma experiência originária entre a razão e a loucura. Destaco aqui a obra de Goffman (1974), *Manicômios, Prisões e Conventos*, que esmiúça a estrutura, a natureza e a microssociologia das instituições psiquiátricas, definidas no bojo do que o autor denomina de instituições totais.

Durante a Idade Média, a percepção da loucura, representada pela ética do internamento, não se cruza com a elaboração de conhecimento sobre a loucura. O internamento na Idade Clássica é baseado em uma prática de “proteção e guarda”, como um jardim de espécie (Venturini, 2010).

Durante as práticas, a realidade das instituições fiscalizadas traz em seus planos terapêuticos a “guarda e proteção” como organização do sistema social e fraterno as famílias que trazem os discursos de muito sofrimento. Um sofrimento que esboça conflitos relacionais, dialógicos, sem conhecimento e condições para proporcionar uma busca de ajuda que realmente vá contemplar a garantia de direitos a ambos os sofredores. Afinal o direito também é direito de ser e estar. E a falta da dignidade e cidadania também poderá ser a representatividade de sofrimento.

Durante o caminho percorrido foi visto o que podemos chamar de manicômio na contemporaneidade, reproduzido de várias formas: o isolamento, as grades, as correntes, o estigma, a abstinência como proposta de cuidado, a relação de poder institucional e da psiquiatria, cárcere privado, violências das mais variadas formas, a internação permanente e de longa duração, o mais estarrecedor foi identificar sujeitos sem direito de escolhas trancafiados na impotência de ser humano.

Outro fator que chama atenção foi a carência de identidade institucional, o manicômio revestido de várias nomenclaturas: Comunidades Terapêuticas, asilos, Clínicas de reabilitação, Sanatórios, Hospitais Psiquiátricos Dia, Centros Terapêuticos, Casas de Acolhida entre outros. São instituições privadas gerenciadas e coordenadas por representantes religiosos como pastores, padres, líderes espíritas, policiais aposentados, “ex usuários de drogas”, médicos, políticos e até mesmo por profissionais da psicologia. Algumas são mantidas e pactuadas pelo próprio estado e ou municípios.

Venturini traz em sua obra *Loucura e Civilização* (2016) que o manicômio é poderoso porque responde às necessidades do sistema social e de saúde: o controle social do desvio, o controle da cronicidade produzida por uma organização clínica incapaz de responder a fase de crises agudas e que apenas apresentam interesses sobre aqueles que detêm menos poder (Venturini, 2010).

O percurso do trabalho das fiscalizações acarretou fechamento de várias instituições pelo poder público, ressalto aqui o Ministério Público e Vigilância Sanitária entre outros. Mas, não considero efetivo pois o “fechamento ou interdição” passa ser por um período curto, logo se reabrem, brotam e se organizam novamente e não há fiscalizações sistemáticas nestes espaços manicomiais.

O sanatório na contemporaneidade

Ressalto uma experiência no interior de Goiás no ano de 2013 a 2017, uma interdição em um Sanatório Espírita no município do interior de Goiás. Havia neste local 28 mulheres institucionalizadas em média 20 a 40 anos de permanência. Um espaço com grades, os quartos eram com características de cela prisional, banhos coletivos, mulheres com cabeças raspadas, sem a mínima condição humana. Eram mantidas ali em nome da fraternidade e da caridade, pois eram pessoas abandonadas pelos seus familiares. Eram pessoas que de certa forma davam retorno financeiro aos proprietários da instituição, afinal, valiam um salário-mínimo das suas aposentadorias as quais ficavam sobre a tutela da instituição.

O processo de desinstitucionalização ocorreu por um período de três anos, foi considerado contínuo e longo em termos de tempo. Ocorreu mediante luta e insistência pela garantia dos direitos humanos daquelas mulheres, técnicas e estratégias de sensibilização foram usadas com pessoas e instituições, que devido suas prerrogativas deveriam garantir o direito das pessoas. Mas, considero desafiador a luta pessoal em acreditar na “socialização e no resgate de cidadania daquelas mulheres. Como diz Clarice Lispector foi preciso ir ao mais profundo interior da mente e enfrentar os medos mais primitivos e enfrentar o manicômio internalizado e vencer, se fazendo acreditar no potencial humano. Afinal de contas estava ali uma prática e ação da profissional de psicologia. Portanto, afirma se que é a prática e não a teoria o ponto de partida e o ponto de chegada de nossas ações: ela é a verificação de nossas palavras, nosso verdadeiro documento de crédito (Venturini, 2016).

Destaca se a fala de um psiquiatra autor da transformação da psiquiatria no mundo, trazendo a psiquiatria democrática como proposta de cuidado. “Não me interessa, absolutamente, fazer discursos abstratos sobre necessidades e sobre o sofrimento. Pelo contrário, me interessa ver como se organiza

esse sofrimento e sua pergunta e encontrar que resposta dar a um questionamento” (Basaglia, 1979).

Precisamos considerar, que, estavam ali institucionalizadas mulheres fortes e resistentes pois sobreviveram à violência institucional por décadas. Passaram da sobrevivência a vivência, o processo de desinstitucionalização as levou para outro local chamado Residências Terapêuticas. Local este, componente da rede de Atenção Psicossocial – RAPS como preconiza a Política Pública de Saúde Mental bem como a Portaria 3088 de 2011, são dispositivos custeados pelo Ministério da Saúde e Gestão municipal. Se caracteriza como a casa de moradia e não uma instituição e que esta deva exercer espaço de cidadania, intimidade, respeito a individualidade, um lugar de residir e garantir a dignidade de ser cidadãos.

Durante o processo, houve muitas resistências até mesmo pelo poder público, não compreendiam e não conheciam a potência do processo de desinstitucionalização. Justificavam que aquele local existia há mais de 100 anos e que era considerado um patrimônio histórico da cidade. A instituição era mantida por ações de caridade pela sociedade, era comum as pessoas levarem mantimentos, roupas como doação, eram ações de princípios cultural.

Iniciam assim os questionamentos: “para onde vão essas pessoas? Onde colocá-las, se fechar a instituição? Elas precisam de cuidadores, não respondem por si e são incapazes”. Um discurso que considerado perverso e excludente, mas não ocorrem somente no coletivo, não só na sociedade, mas até mesmo no meio de profissionais da Saúde Mental. Ali aumentava os desafios. Surge então a necessidade de transformações e mudança de cultura, que muitas vezes nos obriga a ser intransigente e obter uma postura dura e assertiva em defesa da liberdade das pessoas.

Daí surge a certeza da necessidade de transformação da cultura e do imaginário das pessoas. Habilitar pessoas não é senão uma forma de democracia plena, uma prática de direitos, construída com base nas reconhecidas necessidades das pessoas ou do paciente. É a tomada de consciência da ligação que une o caminho do paciente a rumo a cura, com experiência e a história da comunidade (Basaglia, 2000).

Continuamos afirmar que habilitar as pessoas não é somente ter um local de estar, mas quer dizer tornar se capaz de ser cidadão, reconhecer parte de um processo social, desenvolver um papel que Basaglia chama de protagonista.

Essa experiência, considero um processo grandioso e efetivo, mas a desinstitucionalização não é somente fechar manicômios ou instituições, percebe se que necessita de transformações de cultura e consequentemente a extinção do manicômio internalizado que cada pessoa traz dentro de si. O manicômio está nas relações, nos discursos, nas práticas cotidianas da vida.

A relação de poder institucional daquelas mulheres passou a ser fora do Sanatório, mudou de lugar e de atores. A gestão local passou a ser o protagonista do cuidado, conduzindo suas vidas, lógico sem grades, mas a emancipação e a cidadania se constroem no dia a dia e para isso precisamos de atores militantes em defesa, de forma contínua, para garantir direitos das pessoas em sofrimento mental.

Inspecções em Hospitais Psiquiátricos

Outra experiência foi as Inspecções Nacionais nos Hospitais Psiquiátricos do nosso país. Aqui em Goiás tive a oportunidade de participar como coordenadora em três grandes Hospitais. Essas inspecções foram iniciativa do Conselho Federal de Psicologia – CFP, Mecanismo Nacional e Prevenção e Combate à Tortura – MNPCT, Conselho Federal do Ministério Público, Ministério Público do Trabalho entre outros.

São instituições médicas privadas conveniadas com o SUS, foram identificadas e constatadas violências institucionais, as quais estão descritas e registradas no relatório nacional, disponível nos sites do CFP e CNMP. Foi constatado uso e indicações da eletroconvulsoterapia, onde são cobradas as sessões como proposta de tratamento terapêutico, prática e técnica questionada pela OMS, internação de longa permanência e o poder psiquiátrico instalado pela medicalização da doença e da vida e o não cuidado na individualidade do sujeito como garantia do protagonismo no tratamento da saúde mental.

Lembro de uma das instituições que estavam presentes pacientes que pediam para sair e irem para suas casas, e quando questionados por que não iam, respondiam que só poderiam sair se os médicos dessem alta ou permitissem suas saídas. Disseram que quando venciam o período de tratamento os médicos elaboravam laudos e relatórios para a manutenção do paciente na instituição, ou seja, prorrogavam por mais tempo a indicação de internação. Neste sentido foi identificado vários moradores de longa permanência.

Daí surge uma reflexão sobre o poder ou ato médico e o direito de cidadania e obviamente Direito Constitucional. Não cabe as pessoas escolherem o seu tratamento e até mesmo o médico e local que deseja ser tratado? Que liberdade é essa que se restringe o poder de escolha e o autoritarismo de dar um diagnóstico e indicar um tratamento somente? Saliento que o paciente e ou usuário e ou pessoa tem o direito de escolher o médico e tratamento a seguir. Aliás, o conhecimento do médico não pode ser absoluto e soberano até porque no mercado de trabalho estamos observando a fragilidade na formação acadêmica no Brasil, principalmente no que se refere a saúde mental.

Então, garantir o direito da Saúde Mental enquanto Política Pública que respeitam os direitos humanos é necessário o engajamento técnico, práticas

profissionais que vão de encontro com os princípios da Reforma Psiquiátrica e Sanitária do nosso país, mas precisamos de gestores e políticos comprometidos com a causa e que as defendem. Não podemos deixar de citar o contexto atual político que estamos inseridos neste momento, não só no país, mas também no nosso Estado. Há um cenário de grandes retrocessos por uma Política antidemocrática no país. A Saúde Mental enquanto Política Pública vem sendo atacada e destruída, onde a negação da pluralidade e da diferença é marca central de um governo fascista e ditador. Um dos pontos importantes aqui destacar, é a imposição de incluir o Hospital Psiquiátrico a rede de Atenção Psicossocial e o investimento maciço em Comunidades Terapêuticas.

Ora, fica claro e confirmado os interesses capitalistas e de controle sobre os menos favorecidos de poder e fala, esses interesses são representados e descritos no processo histórico da loucura e da psiquiatria clássica. Mais uma vez se confirma a loucura como produto de mercado e interesses políticos e mercadológicos.

Precisamos lutar pela implementação da atenção psicossocial. Hoje é sabido que os investimentos em Comunidades Terapêuticas e Hospitais Psiquiátricos sobrepõe os investimentos na Rede de Atenção Psicossocial. Pesam os cofres públicos e não temos retornos em termos de efetividade e custo-benefício. Investimentos de recursos públicos em instituições privadas sem a participação do Controle Social e ou da comunidade. Milhões e milhões estão sendo investidos nos manicômios. A quem interessa?

A atenção psicossocial é um conceito e conjunto de práticas e serviços que foram criados para substituir o tratamento manicomial. Apresenta no nosso país várias experiências e resultados extremamente importantes. Um deles foi o Percurso Formativo na Atenção Psicossocial realizado pela Coordenação Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2013, sobre a coordenação do Dr. Roberto Tikanori, projeto este, que evidenciou a potência da atenção psicossocial no Brasil.

Sabemos que ainda a atenção psicossocial está em processo de implementação no nosso país, possui limitações e necessita de investimentos e envolvimento de vários atores, ressaltamos a importância da gestão enquanto vontade política de garantir direitos humanos baseado nos princípios do SUS.

Temos hoje os Centros de Atenção Psicossocial, um dispositivo potente especializado da Rede de Atenção Psicossocial do SUS que necessitam serem fortalecidos estruturalmente e tecnicamente através de supervisões e avaliações sistemáticas para que consigam dar respostas efetivas naquilo que se apresenta como um novo lugar social da loucura. É um serviço que luta para resgatar a subjetividade do louco, ressignificando a doença mental como processo natural do ser humano. Trazem no projeto terapêutico institucional, a não valorização

do diagnóstico ou da doença, afinal, o conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde – OMS: “Saúde não é ausência de doença”. O que está em jogo é o como ela é prevenida, promovida, reabilitada e cuidada dentro dos princípios da Universalidade, integralidade e equidade. Os CAPS trazem como base de trabalho o Cuidado como valor ético valorizando a liberdade, a dignidade, a autonomia, a cidadania e isso se faz no território dialogando com a comunidade e atores sociais envolvidos.

Só se destrói realmente aquilo que se substitui.
(Baudelaire)

Se quiser construir em barco, não reúna os homens para escolherem a madeira e distribuírem as tarefas; trata de ensinar-lhes a nostalgia do mar, amplo e infinito....
(Antonie de Saint – Exupéry)

Considerações finais

Diante das experiências no processo de fiscalização percebe-se que a psicologia enquanto ciência não tem sentido se não aproximar das misérias humanas, da realidade dos sujeitos vulneráveis em qualquer local e ou espaço. Não se pode valer uma ciência que se limita a teorias e abordagens. Se assim fizer estaremos reduzindo e enclausurando as experiências humanas. A psicologia tem como princípio ético o respeito ao cuidado e liberdade garantindo os direitos humanos. Precisa ser o interlocutor entre o sofrimento e as pessoas, trabalhando empaticamente para uma saúde mental transformadora e emancipadora. As ações não podem estar dissociadas da técnica e da política e precisa acreditar nas mudanças e nas potencialidades humanas.

As práticas de um psicólogo no cuidado coletivo na área da saúde mental precisam ganhar corpo e materialidade, partindo do entendimento que é uma atividade intrinsecamente humana.

Portanto, para ajudarmos o outro indesejado, devemos primeiro desistir da intenção de classificá-lo, curá-lo e controlá-lo. Depois disso, podemos tentar ajudá-lo da mesma forma que procederíamos com qualquer pessoa por quem tem respeito – perguntando-lhe o que quer e, se seu pedido for cabível, ajudando-o a atingir seus objetivos. “Não basta erguer o fraco. É preciso ampará-lo depois (Szasz, 1994).

Nesse processo de experiência, a produção da doença mental enquanto objeto médico é passível de diagnóstico, medicalização, intervenção e institucionalização como controle social.

Amarante (2010),

[...] ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a cura visível e invisível ao mesmo tempo. Cria as condições de possibilidades para a medicalização e a retirada da sociedade, seguindo o encarceramento produzindo efeitos de tutela e afirmando a característica de periculosidade social.

Assim, o louco passa se a ser invisível para a sociedade, não sendo permitido a intervenção pelos profissionais da ⁷Rede de Atenção Psicossocial, a qual é garantida por lei, ou seja, o louco é excluído do meio social para ser incluído em outro lugar: o lugar da identidade marginal da doença mental, fonte de perigo e desordem social.

Ora, se queremos pretendemos cuidar pessoas em sofrimento mental e ou usuários de substâncias psicoativas, precisamos pensar em um cuidado com valor ético contida na unidade biopsicossocial. Lancetti (1989) cita possibilidades de atenção a partir do que se tem como psiquiatria preventiva, o que ela chama de prevenção primária, secundária e terciária:

1. Aquelas destinadas a reduzir e não curar numa comunidade, os transtornos mentais, promovendo a “sanidade mental” dos grupos sociais (prevenção primária).
2. Aquelas cujo objetivo é encurtar a duração dos transtornos mentais identificando os e tratando os precocemente.
3. Aquela cuja finalidade é minimizar a deterioração que resulta dos transtornos mentais.

Para isso é essencial estruturar um cuidado que respeite o lugar social do sujeito e suas singularidades, o direito de ser diferente como subjetividade humana, e principalmente a autonomia. Quando a psicologia age terapeuticamente sobre o comportamento desadaptado não significa que está cuidando e prevenindo, mas, sim tentando curar através da eliminação do sintoma, não sendo este o objetivo da saúde coletiva.

Citado por Venturini (2016) Costa (1989) conclui se que o cuidado em saúde mental contemporâneo não precisa de manicômios e ou qualquer instituição que estigmatize a loucura, temos alternativas, a Reforma Psiquiátrica traz uma nova possibilidade:

- Um novo objeto – a saúde mental;
- Um novo objetivo – a prevenção da doença mental;
- Um novo sujeito de tratamento – a coletividade;

⁷ Rede atenção psicossocial: RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais. Uma Rede de serviços que integram o Sistema único de Saúde – SUS.

- Um novo agente profissional – as equipes comunitárias;
- Um novo espaço de tratamento – a comunidade;
- Uma nova concepção de personalidade – a unidade biopsicossocial

Nesse sentido e a partir dessa nova forma de contextualizar o cuidado as pessoas em sofrimento mental parece nos um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica Brasileira atualmente. Precisa partir de ressignificação de espaços tanto para pessoas com transtornos mentais graves bem como para pessoas que fazem uso e ou abuso de substâncias psicoativas. Ambas estão enclausuradas diante do poder da psiquiatria, do preconceito e da institucionalização como controle social. É necessário, urgentemente pensar espaços públicos de cuidado no campo da saúde.

Para Ortega, citado no texto de Pinheiro (2007), espaço público é um espaço entre homens, que pode surgir em qualquer lugar, não existindo um lócus privilegiado. É o espaço em que sujeitos se ligam através dos discursos e das ações: agir é começar, criar algo. A Psicologia está sendo convidado a ocupar estes espaços juntamente com outros fazeres de forma interdisciplinar usando a intersubjetividade como proposta de cuidado.

No que se refere as instituições enquanto espaços de tratamento, Ernesto Venturini em sua obra *A linha Curva e o espaço e o tempo da desinstitucionalização* (2016, p. 39), cita Basaglia (médico Psiquiatra italiano), “temos que se comportar como os antigos romanos. Quando os romanos conquistavam uma cidade inimiga a destruíam, arando bois e pondo sal na terra, porque o sal impede o crescimento de qualquer coisa”. Ou seja, aqui o inimigo é o manicômio. E a Luta Antimanicomial precisa continuar e a Psicologia tem um compromisso ético com a Luta e com os Direitos Humanos.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (1995). *Loucos pela Vida: a trajetória da reforma Psiquiátrica no Brasil*. (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial: temas em saúde*. (3th ed. rev. 120 p.). Rio de Janeiro: Fiocruz. ISBN: 978-85-7541-135-3.

Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial*. (3th. ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Lancetti, A. (1989). Prevenção, preservação e progresso em saúde mental. Em Lancetti, A. (Org.). *Saúde Loucura*. (Vol. 1, pp. 75-89). São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde. (2002). *Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece a constituição dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS como dispositivos de tratamento as pessoas com transtornos mentais e ou com necessidade de substâncias psicoativas. Brasília.

Ministério da Saúde. (2011). *Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília.

Pinheiro, R. (2007). *Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. Razões Públicas para a Integralidade*. [S.l.]: Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ. Miolo livro seminário. PMD.

Rabelo, I. et al. (2009). *Olhares – Experiências de CAPS, Centro de Atenção Psicossocial: CAPS*. (192 p.). Goiânia: Kelps. ISBN: 978-85-7766-452-8.

Szasz, T. *Cruel Compaixão* (1994). Tradução Ana Rita P. Moraes. Campinas – São Paulo: Papirus.

Venturini, E. (2016). *A Linha Curva: o espaço e o tempo da desinstitucionalização. Loucura e Civilização*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

CAPÍTULO 8

EVOLUÇÃO DO PERFIL NEUROPSICOLÓGICO NA SÍNDROME DE CADASIL – UM ESTUDO DE CASO

João Paulo Moreira Di Vellasco

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

A característica essencial da Síndrome de Cadasil (arteriopatia cerebral autossômica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia) é a tétrede clínica composta por demência, distúrbios psiquiátricos, enxaqueca e acidentes vasculares recorrentes, com níveis de gravidade e de manifestação variados, sendo a mais comum a ocorrência de infartos isquêmicos cerebrovasculares recorrentes (Correia, 2011).

De fato, a Síndrome de Cadasil é tida como uma doença genética em ocasião da mutação ocorrida no gene *NOTCH3* do cromossoma 19, que por sua vez se relaciona com a codificação proteica transmembranar responsável pela manutenção da estabilidade e funcionamento vascular. Afeta essencialmente artérias de pequeno calibre situadas no cérebro de adultos e que são responsáveis pelos infartos profundos e pelo acúmulo de áreas desmielinizantes (Hack, Rutten & Lesnik, 2000).

Pereira (2019) alertou para o risco das subnotificações nos diagnósticos de Cadasil no Brasil, uma vez observando dois pontos de confluência, sendo o primeiro o elevado número de casos de acidente vascular encefálico (AVE) diagnosticados no país (aproximadamente 100 mil/ano) e segundo, o aumento significativo do número de diagnósticos de doenças raras. Talvez, se melhor investigado a diversidade de casos de AVE, poderá ocorrer a descoberta de novos casos de Cadasil, tendo a isquemia como principal característica.

Por acometer o cérebro através de isquemias recorrentes, Harris e Filley (2001) retrataram as perdas cognitivas associadas a esta síndrome como sendo progressivas, assumindo a forma de uma demência subcortical, podendo evidenciar quadros de disfunção do lobo frontal e prejuízo de memória declarativa associado à dificuldade evocativa e aspectos de linguagem relativamente preservados.

No estudo de caso realizado por Silva, Gasparetto e Engelhardt (2012), em um paciente de 52 anos diagnosticado com Cadasil, através de exames de neuroimagem, análise genética para Noth-3 e avaliação neuropsicológica através da bateria CERAD, ficou evidenciado comprometimento nas

áreas de funções executivas, memória, linguagem e mais acentuada na praxia ideomotora.

Hack, Rutten e Lesnik (2000) também relataram os comprometimentos cognitivos no paciente com Cadasil, caracterizado inicialmente como disfunção executiva, déficit de fluência verbal e memória beneficiada com pista, além de déficit das habilidades visuoespaciais e do raciocínio, principalmente após os 60 anos, mantendo uma progressão mais avançada em idades posteriores com comprometimento de amplo aspecto cognitivo.

Na América do Sul, o estudo realizado por Hawkes, Wilken, Bruno, Pujol-Lereis, Povedano, Sccoliti, Taratuto e Ameriso (2015) na Argentina, com 13 pacientes diagnosticados com a síndrome em 10 famílias distintas, apontou que todos os pacientes continham ancestralidade europeia e que inicialmente apresentavam em sua maioria a ocorrência de AVE, com seguidas perdas cognitivas, sintomas de enxaqueca com aura, apatia e depressão, revelando comprometimento principalmente das regiões da cápsula externa e lobo temporal, conforme resultados de ressonância magnética.

Silva e Gasparetto (2011) em um estudo que investigou sete indivíduos de uma família brasileira com Cadasil, apontaram que as principais deteriorações no campo cognitivo estavam relacionadas à disfunção executiva e à perda de habilidades práxicas com rápida progressão dentro dos 9 meses investigados, com maior carga de lesões nos lobos temporal e frontal, mas que por sua vez não refletia grande impacto nos níveis de funcionalidade da maioria dos indivíduos estudados.

Silva (2017) em sua tese de doutorado, comparando os resultados de avaliações neuropsicológicas de indivíduos com Cadasil ao longo de oito anos, evidenciou que diversos foram os domínios cognitivos afetados, entre eles a atenção, memória, linguagem, praxia e principalmente as funções executivas, o que evidenciava o quadro de Comprometimento Cognitivo Leve Vascular amnésico de múltiplos domínios, além de sinais de alterações de humor como ansiedade e principalmente a depressão.

No entanto, os estudos de neuroimagem trouxeram resultados que apontavam para uma progressão baixa das lesões subcorticais, gerando hipóteses que apontavam para a baixa eficácia dos estudos de imagem convencional para detecção dos níveis reais de lesão subcortical, que por sua vez por um processo de desnervação e degeneração influenciam na diminuição da espessura cortical pelas modificações de microcircuitos corticais e que os déficits cognitivos podem surgir antes das alterações de neuroimagem, o que fortifica a importância da avaliação neuropsicológica para melhor delineamento da progressão das perdas cognitivas dos pacientes com Cadasil (Silva, 2017)

Tendo em vista a importância da avaliação neuropsicológica na determinação da progressão do comprometimento cognitivo de pacientes com Cadasil, este estudo tem como objetivo analisar a evolução e os níveis de comprometimento cognitivo de uma paciente com a síndrome em um intervalo de tempo, comparando os resultados obtidos entre as distintas avaliações neuropsicológicas realizadas.

Método

Trata-se de um relato de caso ocorrido em três momentos distintos de avaliação neuropsicológica nos anos de 2018, 2019 e 2021.

Participante

Participou do trabalho a paciente N.M. do sexo feminino, com diagnóstico de Cadasil desde 2013, com idades que variaram de 59 anos e 5 meses na primeira avaliação, 60 anos e 6 meses na segunda e 61 anos e 9 meses na terceira.

Local

Serviço de Psicologia (SEPSI) do Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária e Reabilitação Santa Marta (HDS).

Instrumentos

Foram utilizados os instrumentos descritos a seguir, não sendo utilizados necessariamente todos em cada avaliação.

- WAIS III: A Escala Wechsler de Inteligência para Adultos – terceira edição é composta por um total de 14 subtestes, agrupados entre os domínios verbal (vocabulário, semelhanças, aritmética, dígitos, informação, compreensão e sequência de números e letras) e de execução (completar figuras, códigos, cubos, raciocínio matricial, arranjo de figuras, procurar símbolos e armar objetos). É destinada à população com faixa etária de 16 a 89 anos e fornece os escores de quociente de inteligência verbal (QIV), de execução (QIE) e total (QIT), além dos índices de compreensão verbal (ICV), organização perceptual (IOP), memória operacional (IMO) e velocidade de processamento (IVP) (Wechsler, 2014).

- WASI: A Escala Weschesler Abreviada de Inteligência é composta por 4 subtestes, sendo eles vocabulário, semelhanças, cubos e raciocínio matricial. Destina-se a avaliação de inteligência da população de 6 a 89 anos, fornecendo os escores de Quociente de Inteligência Verbal (QIV) através dos testes vocabulário e semelhanças, de Execução (QIE) através dos testes cubos e raciocínio matricial e Total (QIT) (Wechsler, 2014).
- Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey (RAVLT): desenvolvido por Édouard Claparède no ano de 1919 e modificado por André Rey, foi adaptado para o Brasil por Jonas Jardim de Paula e Leandro Fernandes Malloy-Diniz em 2018 e destina-se à avaliação dos aspectos de memória episódica verbal, aprendizagem, armazenamento e evocação de novas informações, além de possibilitar a avaliação das habilidades de codificação da informação verbal e da manutenção ou perda de informações em um espaço de tempo, através de tarefa de repetição de uma lista de palavras (Miotto & Serrao, 2019).
- Teste dos Cinco Dígitos (FDT): instrumento destinado à avaliação dos aspectos de velocidade e eficiência mental, direcionado à análise de 4 situações específicas, entre elas, a velocidade geral do processamento cognitivo, a fluência verbal, a atenção focada e a capacidade de inibição de respostas involuntárias. São oferecidos quatro tipos de estímulos diferentes através de um caderno de aplicação, na qual é solicitada tarefas de leitura, contagem, escolha e alternância através de cartas que variam com representação numérica ou de quantidade entre 1 e 5. Fornece ainda medidas para os aspectos de controle inibitório e flexibilidade cognitiva (Sedó, 2015).
- Figura Complexa de Rey: criado na década de 40 por André Rey e adaptado para população brasileira em 2010 por Margareth da Silva Oliveira e Maisa dos Santos Rigoni, é teste destinado para avaliação das habilidades de memória episódica evocativa tardia de conteúdo visuoespacial, de praxia construtiva e de habilidade de organização e planejamento através da motricidade. O teste possui duas figuras distintas, A e B, nas quais são destinadas a faixas etárias distintas, sendo que neste estudo de caso utilizou-se a Figura A, destinada a pacientes com faixa etária de 5 a 88 anos (Miotto & Serrao, 2019).
- Teste de Fluência Verbal (FAS): teste destinado à medida de funções executivas com tarefas de exigência de memória operacional, auto-monitoramento, inibição e flexibilidade cognitiva, onde é solicitado a evocação de palavras que se iniciem com as letras F, A e S em um minuto para averiguação da fluência fonética e posteriormente

solicita-se a evocação, em um minuto, do maior número animais possibilitando a averiguação da fluência semântica (Miotto, Campanholo & Trunkl, 2018).

Procedimentos

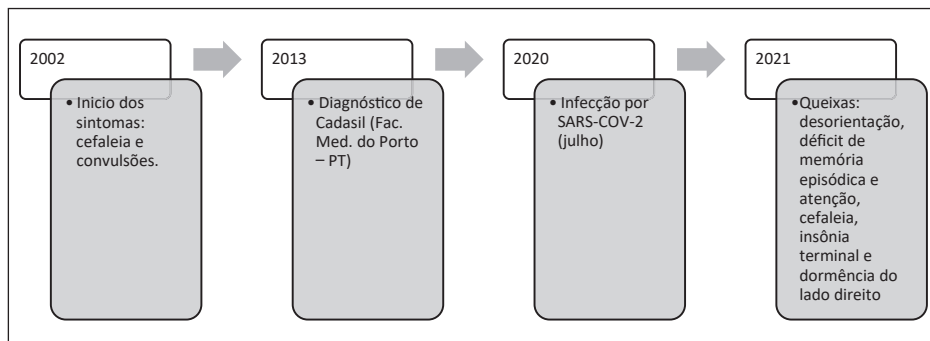
A paciente foi direcionada ao setor de psicologia em agosto de 2018, quando anunciou o diagnóstico de Síndrome de Cadasil feito em 2013. Nesse momento foi programado avaliações periódicas para acompanhamento do caso. Os dados dos testes utilizados nas avaliações estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1

Testes utilizados nas avaliações neuropsicológicas por data de realização

Sequência da avaliação	Data de realização	Instrumentos utilizados
1ª avaliação	Outubro de 2018	WAIS III RAVLT Figura Complexa de Rey FDT F.A.S
2ª avaliação	04/12/2019 a 29/01/2020	WASI RAVLT Figura Complexa de Rey FDT F.A.S
3ª avaliação	22/02/2021 a 25/03/2021	WASI RAVLT Figura Complexa de Rey FDT F.A.S

Cronologia do diagnóstico e sintomas atuais



Resultados

Os resultados alcançados pela paciente com Síndrome de Cadasil nas testagens submetidas e sua evolução frente a comparação de desempenho ano a ano estão descritos na Tabela 2 (Resultado e percentil das Escalas Wechsler de Inteligência por avaliação), Tabela 3 (Resultados e percentis obtidos nos testes FDT, FAS e Figura Complexa de Rey) e Tabela 4 (Resultado por avaliação nas listas de palavras do teste RAVLT e seus respectivos percentis).

Nas tabelas, os resultados serão apresentados e correlacionados com a medida do percentil, sendo este um referencial de classificação do resultado obtido, que baseado na curva gauseana, orienta para os níveis de dificuldade entre leve, moderado e grave ou para resultados que se encontra em nível mediano, sendo o percentil 50 indicativo de resultado dentro da média, percentis de 09 a 24 indicativo de dificuldade leve, percentis de 2 a 8 indicativo de dificuldade moderada e percentil inferior a 1, indicativo de dificuldade grave (Miotto, Campanholo & Trunkl, 2019).

Tabela 2

Resultado e percentil das Escalas Wechsler de Inteligência por avaliação

Q.I	1ª avaliação		2ª avaliação		3ª avaliação	
	Resultado	Percentil	Resultado	Percentil	Resultado	Percentil
QIV – Verbal	88	21	82	12	74	4
QIE – execução	96	39	72	3	76	5
QIT – total	91	27	73	4	71	3

Na primeira comparação, entre os coeficientes de inteligência, nota-se uma eventual queda de desempenho tanto em aspectos verbais quanto de execução, no intervalo da primeira para segunda avaliação, mantendo-se desempenho médio inferior para o QIV, porém com queda percentílica considerável (21 para 12) e uma queda mais acentuada na terceira avaliação (4), demonstrando que o desempenho médio inferior nas duas primeiras passa a ser classificado dentro de dificuldade moderada na terceira avaliação.

Já no desempenho do quociente de inteligência de execução (QIE), percebe-se a maior faixa de declínio nas três avaliações com uma diferença significativa do percentil, registado em nível mediano (36) na primeira avaliação e com dificuldade moderada na segunda (3) e terceira (5) avaliação.

Não obstante, o QIT também sofreu impacto em seu escore, com decréscimo do percentil variando de 27 na primeira avaliação, com classificação mediana, para 4 na segunda avaliação, já com classificação de dificuldade moderada, assim como na terceira avaliação com percentil 3, associado principalmente pelo maior

declínio no campo da inteligência não verbal, fazendo com que a classificação primeiramente avaliada entre média inferior e média na primeira avaliação, passasse a apresentar-se com limites médio inferior em QIV e limítrofe no QIE já na segunda avaliação, enquanto que na terceira avaliação todos os índices já se enquadravam em classificação limítrofe ou dificuldade moderada.

Tabela 3

Resultados e percentis obtidos nos testes FDT, FAS e Figura Complexa de Rey

Testes e respectivas tarefas		1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
Testes	Tarefas	Resultado	p	Resultado	p	Resultado	p
FDT	Leitura	36	3,1	32	19,2	51	0,0
	Contagem	53	0,0	45	0,8	53	0,0
	Escolha	86	0,1	87	0,0	90	0,0
	Alternância	126	0,0	124	0,0	122	0,1
	Controle inibitório	50	0,4	55	0,1	39	2,2
	Flexibilidade cognitiva	90	0,0	67	0,0	71	2,0
FAS	Fluência fonética	18	3,8	21	5,11	17	1,6
	Fluência semântica	12	17,3	06	0,2	09	2,2
F. Rey	Exatidão da cópia	26	5,0	29	19,6	28	13,2
	Evocação tardia	3,5	1,2	09	10,5	18	64,2

No desempenho do teste FDT, observados na Tabela 3, nota-se classificação de dificuldade grave nas três avaliações realizadas, nas seis, das sete habilidades que compõem o mesmo. Somente no quesito de desempenho leitura que o rendimento mostrou classificação variável. Entende-se que o nível de dificuldade é compreendido com a elevação da pontuação obtida no resultado, uma vez que este representa o tempo gasto para conclusão da atividade.

Na tarefa de leitura, nota-se melhora de desempenho da primeira para segunda avaliação (36 – 32) e elevação bruta do tempo na terceira avaliação (51), o que não foi observado em tarefa de contagem, uma vez havendo melhoria de desempenho da primeira para segunda avaliação (53 – 45) e retorno para o índice inicial na terceira avaliação (53). Já na tarefa de escolha, nota-se evolução com piora de desempenho nas três avaliações, porém com menor oscilação (86 – 87 – 90) e na tarefa de alternância é tido discreta melhora de desempenho da primeira para terceira avaliação (126 – 122), não havendo dados da segunda avaliação.

Os índices de controle inibitório demonstram-se com discreta piora da primeira para segunda avaliação (50 – 55) e uma discreta melhora de desempenho na terceira avaliação (39), onde o percentil 2,2 na última avaliação altera a classificação de grave para moderada. A mesma tendência foi observada entre os índices de flexibilidade cognitiva, que revela melhora do desempenho

comparando os percentis (0,0 e 0,1) da primeira e segunda avaliação e o percentil 2,2 obtido na terceira avaliação, indicando alteração da classificação do resultado de dificuldade grave para moderada.

No entanto, todos os índices obtidos no FDT se mostraram do nível esperado para idade, indicando classificação de moderado a grave em todo percorrer avaliativo na maior parte dos itens avaliados

Em relação ao desempenho da fluência verbal, observa-se maior variação do resultado de fluência verbal semântica, com importante progressão de perda da 1ª para 2ª avaliação (12 – 6) em classificação que variou de média inferior a dificuldade grave, observadas pelos níveis percentis 17,3 e posteriormente 0,2. O mesmo nível de dificuldade grave em fluência semântica foi mantido na 3ª avaliação, observando apenas uma ligeira melhora percentil (2,21), mas que não resultou mudança da classificação

Já o desempenho de fluência verbal fonética manteve-se com menor variação entres as três avaliações (18 – 21 – 17), demonstrando nível de progressão de perda da 1ª para 2ª avaliação e estabilidade na 3ª avaliação, com leve acréscimo de desempenho, porém com índice percentil (2,21) em classificação de dificuldade grave.

Na avaliação visuoespacial realizada através do teste Figura Complexa de Rey, pode-se observar tendencia de memória no desempenho frente a comparação dos resultados nas avaliações realizadas. No primeiro momento do teste, onde é solicitada a cópia de uma figura complexa, nota-se a manutenção das pontuações, com discreto acréscimo a partir da segunda avaliação (26 – 29 – 28), mantendo-se classificação de dificuldade leve nas habilidades praxias construtivas e visuoespaciais.

Na solicitação de evocação imediata da cópia visuoespacial, foi observado uma melhora significativa do resultado obtido frente o número de detalhes que concernem a posição e forma adequada da figura evocada. Pôde-se notar o resultado com aumento significativo da pontuação nas três avaliações (3,5 – 09 – 18) indicando classificação variada entre dificuldade grave na primeira para desempenho médio de evocação na terceira avaliação.

Tabela 4

Resultado por avaliação nas listas de palavras do teste RAVLT e seus respectivos percentis

Lista	1ª Avaliação		2ª Avaliação		3ª Avaliação	
	Resultado	p	Resultado	p	Resultado	p
A1	07	70,07	06	62,27	05	37,73
A2	10	78,31	11	95,39	08	54,19
A3	11	71,23	11	82,89	09	48,01

continua...

continuação						
A4	14	92,17	11	64,37	10	43,73
A5	12	61,96	11	44,04	12	63,68
B1	04	31,90	03	11,23	06	82,34
A6	11	69,71	10	57,62	10	57,62
A7	10	56,21	12	84,13	10	59,13

Na avaliação de memória episódica auditiva-verbal, realizada através do teste RAVLT e observada na Tabela 4, nota-se um perfil geral de manutenção mediana no desempenho da aprendizagem auditiva-verbal durante os três momentos da avaliação.

Na primeira avaliação os valores obtidos nas listas de A1 a A5 (aprendizagem por repetição) demonstram classificação médio superior de A1 até A4 (07 – 10 – 11), superior em A4 (14) e médio em A5 (12). Já na aprendizagem de nova lista de palavras após conteúdo adquirido (B1) observa-se rendimento médio inferior (04) e evocação imediata após conteúdo de interferência am A6 com classificação médio superior (11) e posterior evocação tardia com classificação mediata (10).

Na segunda avaliação o número de palavras evocadas em A1 (6) indica nível de desempenho mediano, enquanto as evocações em A2 (11) indica classificação superior e posteriormente nota-se uma estabilização do número de palavras retidas (11 – 11 – 11) nas listas A3, A4 e A5, com classificação superior, média superior e média respectivamente. Na aprendizagem de nova lista após conteúdo adquirido (B1), o resultado recebe classificação de dificuldade leve após três palavras aprendidas. Já a evocação imediata de conteúdo aprendido após interferência alcança classificação mediata com um total de 10 palavras evocadas e na evocação tardia, o total de palavras evocadas eleva-se para 12, atingindo classificação médio superior.

Na terceira avaliação, o número de palavras retidas após exposição manteve-se em nível mediano e ritmo de aprendizagem crescente nas cinco repetições entre A1 e A5 (5 – 8 – 9 – 10 – 12). Em nova aprendizagem, após aquisição de conteúdo prévio, o rendimento manteve-se preservado (6) com classificação médio superior na retenção, enquanto a evocação de conteúdo pré-aprendido após aquisição de novo conteúdo (10) e a evocação tardia (10) mantiveram-se dentro da média esperada para idade, observando uma discreta perda de armazenamento entre A5 (12) e A6/A7 (10).

Discussão

As recorrentes isquemias ocasionadas pela Cadasil refletem a progressão para quadros de Demência Subcortical (Harris & Filley, 2001), sendo estas

caracterizadas essencialmente por perda de velocidade de processamento, déficit mnemônico e atencional (Cummings, 1994). Uma vez observado o decréscimo de habilidades do QIE nas três avaliações, com classificação alternando de mediana na primeira avaliação e limítrofe na terceira, entende-se que os dados corroboram com a literatura, uma vez que os testes que compõem a avaliação do QIE medem justamente a velocidade psicomotora (cubos) e raciocínio fluido (Raciocínio matricial), interligando aspectos visuoperceptivos aos visuomotores (Miotto *et al.*, 2019).

Domínguez-Sánchez, Lasa-Aristu e Goñi-Imízcoz (2011) também ressaltam perdas significativa em termos de QI em pacientes com Cadasil, principalmente no que tange perda da capacidade abstrata, uma vez percebido neste caso, o decréscimo de desempenho nas tarefas de análise e abstração tanto em tarefas verbais como não verbais e que resultaram diminuição do quociente total de inteligência.

Outro aspecto também observado como declínio da velocidade de processamento e déficit de atenção, comuns nas demências subcorticais (Cummings, 1994), foi o desempenho no Teste dos Cinco Dígitos (FDT) que tem a finalidade de avaliar a velocidade e eficiência mental do paciente entre o raciocínio e emissão de resposta (Sedó, 2015), uma vez que o desempenho nas três avaliações, apesar de discretas oscilações positivas, manteve-se com classificação de dificuldade grave para idade.

Aspecto evidente no desenvolvimento da Síndrome de Cadasil são os sinais de disfunção executiva e perda das habilidades práxicas, apontados por Silvia e Gaspareto (2011) quanto Hack, Rutten e Lesnik (2000). Nesse sentido, foram utilizados os testes FAS, figura complexa de Rey e FDT, dos quais são preditores das habilidades de fluência verbal, praxia construtiva e capacidade de organização e planejamento, controle inibitório, flexibilidade cognitiva e velocidade de processamentos, respectivamente, que estão relacionadas às funções executivas (Miotto *et al.*, 2019 & Malloy-Diniz, 2014)

O desempenho nestes testes revelou declínio nas três avaliações subsequentes, exceto no que tange as habilidades de controle inibitório e flexibilidade cognitiva, que na terceira avaliação revelam ligeira elevação do percentil, mas mantendo a classificação de dificuldade de moderada a grave. Os achados de comprometimento em fluência verbal, organização e planejamento, controle inibitório e flexibilidade cognitiva, corroboram com os dados da literatura, apresentado estabilidade de desempenho nas três avaliações.

Apesar de que comprometimentos mais severos são observados após os 60 anos de idade, conforme apontado por (Hack *et al.*, 2000), nota-se que nos quesitos de atenção, velocidade de processamento, controle inibitório e flexibilidade cognitiva o índice de dificuldade permanece grave durante as três avaliações.

O declínio observado na avaliação global de inteligência, através da mensuração pelas Escalas Wechsler de Inteligência, onde os índices de inteligência total, verbal e de execução receberam classificações limítrofes, traz evidência do comprometimento de diversos domínio cognitivos integrados, classificado como um quadro de Comprometimento Cognitivo Leve Vascular amnésico de múltiplos domínios (Silva, 2017)

Um ponto contraditório encontrado na avaliação deste caso, foi a progressão positiva do desempenho na evocação tardia de memória episódica visual, como avaliado pelo teste Figura Complexa de Rey. Nota-se pela Tabela 5 que na primeira avaliação, a paciente atinge resultado classificado em nível de dificuldade grave, já na segunda avaliação o resultado passa a ter classificação média inferior e na terceira avaliação o resultado atinge a média esperada para idade, o que não corrobora com dados da literatura, uma vez que as perdas ocorrem de forma progressiva conforme apontado por diversos autores (Harns *et al.*, 2001; Hack *et al.*, 2000; Silva & Gaspareto, 2011).

No entanto, Correia (2011) aponta que o curso da Cadasil pode ser fluante e assumir em alguns casos, desde a forma de deterioração rápida até uma estabilidade da evolução ou até mesmo de melhoria, além de ter uma manifestação predominante variada em cada caso, o que poderia justificar a presente melhora do quadro específico de memória episódica visual tardia, observada pelo desempenho do teste Figura Complexa de Rey, mas que merece uma investigação de fatores externos mais amplo para melhores conclusões.

Neste mesmo teste, observa-se o desempenho da praxia construtiva e suas nuances de percepção visuoespaciais na execução de cópia da figura (Miotto, 2019). Observou-se uma progressão de perda na habilidade visuoespacial e construtiva da primeira para segunda avaliação e uma estabilização da mesma na terceira avaliação, cumprindo com a possibilidade de estagnação da perda de habilidades cognitivas no curso da doença (Correia, 2011). Sendo este achado, também uma possível justificativa para melhora da evocação tardia, uma vez que a reprodução da cópia é marcada por mais riqueza de detalhes e semelhança à figura original.

Autores apontam que os pacientes avaliados com Cadasil, apresentam disfunções relacionada às regiões fronto-temporais, o que pode impactar o desempenho mnemônicos, mais comumente a memória declarativa e a evocação tardia (Harris & Filley, 2001; Silva *et al.*, 2012; Silva & Gaspareto, 2011; Hawkes *et al.*, 2015).

Nota-se que a melhora do desempenho de evocação tardia de memória episódica visual já tratado nesta discussão, não corrobora com os dados da literatura. Por outro lado, no desempenho da memória episódica auditiva-verbal, analisada e mensurada através do teste RAVLT, nota-se que o desempenho

se manteve dentro dos parâmetros da média esperada para idade durante a avaliação, porém, o rendimento observado através dos percentis, demonstra a variação das classificações inicialmente em média superior na maior parte da tarefa de retenção na primeira avaliação, para classificações medianas na terceira avaliação.

Os resultados com média superior na primeira e segunda avaliação e o declínio para resultados medianos observados na terceira avaliação na habilidade de memória episódica auditiva-verbal, condizem com o enunciado de Hack *et al.* (2000) na qual o declínio cognitivo se acentua após os 60 anos, uma vez que nas duas primeiras avaliações a paciente mediava entre 59 anos e 5 meses e 60 anos e 6 meses e o rendimento mnemônico mantêm-se estável nas três avaliações.

Além das conexões do lobo temporal mesial no processamento da memória episódica, têm-se a ativação do córtex pré-frontal com a responsabilidade de manutenção do modo de evocação (Bueno & Batistela, 2015).

Uma vez, o córtex frontal correlacionado diretamente com o processamento das funções executivas (Malloy-Diniz *et al.*, 2014) e estas funções estarem comprometidas na síndrome de Cadasil (Harris & Filley, 2001; Silva *et al.*, 2012; Hack *et al.*, 2000; Silva & Gasparetto, 2011; Silva, 2017) não obstante, observa-se que o declínio demonstrado nas funções executivas, através do desempenho com perdas progressivas nas três avaliações dos testes que as compõem, não favoreceu impacto significativo no processamento evocativo de memória episódica auditivo-verbal e visual, como observado no desempenho nas listas A7 do teste RAVLT e na evocação tardia da Figura de Rey.

Conclusão

A arteriopatia cerebral autossômica dominante com enfartes subcorticais e leucoencefalopatia, conhecida como Cadasil, compromete o funcionamento cerebral devido a isquemias frequentes e que consequentemente afeta o processamento cognitivo.

Tida como uma doença genética, afeta diversas gerações de uma mesma família e marca uma perda progressiva das funções cognitivas, além de representar queixas frequentes de cefaleia, rebaixamento de humor e crises convulsivas.

Traçar o perfil neuropsicológico da doença permite ampliar a forma de conhecimento de sua progressão e a formulação de possíveis estratégias de intervenção, dessa forma, este estudo de caso objetivou analisar os comprometimentos cognitivos em uma paciente com Cadasil e sua progressão ao longo

de três anos, favorecendo traçar a forma evolutiva dos sintomas cognitivos em suas nuances específicas.

O uso de instrumentos próprios da avaliação neuropsicológica possibilitou o delineamento e evolução do quadro neurocognitivo e assim uma maior precisão do curso da doença, uma vez que dados exclusivos de neuroimagem não possuem eficácia total no delineamento das disfunções observadas na síndrome de Cadasil.

As evidências apontadas na literatura do comprometimento das funções executivas, também foram demonstradas neste estudo de caso, uma vez que o rendimento nos aspectos de controle inibitório, flexibilidade cognitiva, controle executivo da atenção, análise e abstração visuoespacial, abstração verbal, fluência fonética e semântica, tiveram rendimentos inferiores ao esperado para idade, como também as habilidades visuoespaciais. Uma vez sendo as funções executivas as que demonstraram maior comprometimento desde o início das avaliações, ou seja, neste caso específico as FE se demonstraram comprometimento antes dos 60 anos de idade.

Entre as funções cognitivas menos afetadas, foi observado o rendimento dos aspectos de aprendizagem na retenção, armazenamento e evocação de memória episódica auditivo-verbal, possibilitando um nível mediano de aquisição de informações e recordação efetiva no período das três avaliações, o que pode justificar a manutenção dos aspectos funcionais como apontados pela literatura e favorecer o enfoque de estratégias para reabilitação.

Outro aspecto mnemônico que demonstrou inclusive efeito inverso, com melhora do desempenho da primeira para segunda e posteriormente para terceira avaliação, foi a evocação tardia de memória episódica visual, o que não foi observado no mesmo teste com a execução da cópia exigindo memória de curto prazo e habilidade visuoespacial.

Assim, este estudo de caso cumpre com seu objetivo uma vez que através da avaliação neuropsicológica contínua pode-se evidenciar que o perfil neuropsicológico de uma paciente de Cadasil ao longo de três anos demonstrou comprometimento substancial das funções executivas com impacto geral no quociente de inteligência total de forma progressiva, mas com manutenção das habilidades de memória declarativa auditivo-verbal e visual até os 61 anos de idade.

Novos estudos se fazem necessários para se ampliar a descrição da evolução do perfil neuropsicológico ao longo da doença, inclusive para melhor previsão do início efetivo de declínio dos aspectos mnemônicos no curso da doença, uma vez que neste estudo de caso não foi evidenciado perda acentuada das habilidades de memória declarativa episódica.

REFERÊNCIAS

Baptista, M. N. (2019). *Escala Baptista de Depressão: versão idosos*. Livro de instruções. São Paulo: Vektor.

Bueno, O. F. A., Batistela, S. (2014). Sistemas e tipos de Memória. Em Santos *et al.* (Org). *Neuropsicologia hoje*. (pp. 76-82). Porto Alegre: Artmed.

Correia, N. M. F. (2011). *Síndrome CADASIL: epidemiologia, clínica e genética*. [S.l.].

Cummings, J. L. (1944). Vascular subcortical dementias: clinical aspects. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 5(3-4), 177-180.

Domínguez-Sánchez, F., Lasa-Aristu, A., & Goñi-Imízcoz, M. (2011). Intelligence Impairment, Personality Features and Psychopathology Disturbances in a Family Affected with CADASIL. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 936-943. Doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.39

Hack, R., Rutten, J. Lesnik, O. S. A. J. CADASIL (2000, mar. 15). Em Adam, M. P., Ardinger, H. H., Pagon, R. A. *et al.* (Eds.). *GeneReviews®*. Seattle (WA): University of Washington, Seattle. Available from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1500/>

Harris, J. G., & Filley, C. M. (2001). Cadasil: neuropsychological findings in three generations of an affected family. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7(6), 768-774.

Hawkes, M. A., Wilken, M., Bruno, V., Pujol-Lereis, V., Povedano, G., Sccoliti, M., Taratuto, A., & Ameriso, S. F. (2015). Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy (CADASIL) in Argentina. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 73(9), 751-754. Doi: <https://dx.doi.org/10.1590/0004-282X20150113>

Malloy-Diniz, L. F., De Paula, J. J.; Sedó, M.; Fuentes, D., Leite, W. B. (2014). Neuropsicologia das funções executivas e da atenção. Em Fuentes, *et al.* (Org). *Neuropsicologia: teoria e prática*. (pp. 115-138). Porto Alegre. Artmed.

Miotto, E. C.; Campanholo, K. R.; S., Trunkl, V., Trevisan, B. T. (2018). *Manual de Avaliação Neuropsicológica: a prática da testagem cognitiva* (Vol. 1). São Paulo: Memnon.

Miotto, E. C.; Campanholo, K. R. S., Trunkl, V., Trevisan, B. T. (2019). *Manual de Avaliação Neuropsicológica: a prática da testagem cognitiva*. (Vol. 2). São Paulo: Memnon.

Pereira, E. F. (2019). “Gente da Cadasil”: famílias com histórico de uma doença genética rara e a experiência do diagnóstico. [Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

Sedó, M. (2015). *O teste dos cinco dígitos: versão brasileira Jonas Jardim de Paula, Leadro Fernandes Malloy-Diniz*. São Paulo: Hogrefe CETEPP.

Silva, J. C. V., Gasparetto, E. L. A. C. (2011). Cognitive and neuroimaging profile of a Brazilian family with CADASIL. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 69(3),436-440. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0004282X2011000400005>

Silva, J. C. V. da (2017). *Estudo da cognição e do comportamento em correlação com neuroimagem em pacientes com arteriopatia cerebral autossômica dominante com infartos subcorticais e leucoencefalopatia (CADASIL): Seguimento de oito anos*. Rio de Janeiro, 2017. [Tese de doutorado em Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro]. Rio de Janeiro

Silva, J. C. V. da, Gasparetto, E. L. & Engelhardt, E. (2012). Cadasil: case report. *Dementia & Neuropsychologia* [on-line], 6(3), 188-191.

Wechsler, D (2014). *WAIS-III: Escala de Inteligência Weschler para Adultos: manual de administração e avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wechsler, D. (2014). Wasi: *Escala Weschler Abreviada de Inteligência: manual*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 9

NEUROCIÊNCIA NA EDUCAÇÃO – DIMENSÃO EPISTEMOLÓGICA DO PROJETO NEUROMIL

Cristina Novikoff

Carlos Alberto Schettini Pinto

Marcio Vieira Xavier

Sergio Pavanelli Trindade

Tigernaque Pergentino de Sant'ana Junior

Toda pesquisa passa por cinco dimensões, conforme demonstra Novikoff (2020). O que varia é a intensidade e aprofundamento a depender da área de conhecimento, objeto de estudo entre outros que desenham a pesquisa. Nesse artigo se apresenta o projeto denominado NeuroMil: da formação ao combate, como contribuição na compreensão sobre o desenvolvimento de pesquisa científica para área de conhecimento das Humanidades e da Saúde.

O Centro de Estudos de Pessoal (CEP), através do projeto denominado “NeuroMil”, inicia suas investigações em neurociências como ferramenta teórico-epistemológica e metodológica para o processo de ensino em espaços militares como caminho necessário para soluções educacionais. É importante ressaltar que o NeuroMil atende aos interesses estratégicos, operacionais e administrativos do Exército Brasileiro (EB) voltados para a educação. Assim, o projeto visa cumprir sua missão de atualizar os cursos do Sistema de Educação e Cultura do Exército frente ao desenho das Ciências Militares, com foco nas neurociências aplicadas à Educação e fortalecer seus valores e tradições.

Destaca-se, como um primeiro movimento colimado às pretensões deste projeto, a implementação, em 2021, da disciplina “Introdução à Neuropsicopedagogia” no Curso de Psicopedagogia Escolar, com 45 horas/aula, promovendo a articulação entre as neurociências e o comportamento militar.

Durante o curso, observou-se o interesse dos oficiais participantes nas aulas e em sua aplicação prática. Assim, nasce a proposta de discutir o impacto das neurociências em diferentes cursos de formação militar.

Ao avançar nos experimentos, as ciências cognitivas buscam compreender o processo de aprendizagem, seus mecanismos e interações

biológicas, fisioanatômicas e químico-celulares, bem como entender como o homem aprende e age no mundo objetivo e, assim, criar estratégias para que se possa intervir neste processo e obter melhor desempenho cognitivo e comportamental.

Nesse sentido, conforme Bear, Connors e Paradiso (2018), as ciências cognitivas, como campo de estudo interdisciplinar contemporâneo, vêm proporcionando considerável papel instrumental teórico-epistemológico e metodológico sobre o funcionamento do pensamento e do comportamento humano favorável ao aprimoramento do processo ensino-aprendizagem (Boruchovitch, 1994; Galvão; Câmara & Jordão, 2012). Ao examinar a estrutura cerebral e a natureza do pensamento, também indicam os elementos e conhecimentos ou funções superiores e seu desenvolvimento ao longo da vida humana (Duarte, 2000; Neufeld & Stein, 2001; Erikson, 1976 & Erikson, 1998).

Ao avançar nos estudos com experimentos, as ciências cognitivas têm se fortalecido, com interdisciplinaridade, como apontado anteriormente, das quais destacamos três abordagens:

- i. estudos sobre como os sentidos são captados do mundo externo para serem processados no cérebro, via conexões neurais, transformadas em conhecimentos e atitudes (Rodrigues, 2010);
- ii. Pesquisa em Psicologia Cognitiva que avalia as ideias que se formam na mente humana e suas respostas emocionais e comportamentais (Boruchovitch, 1994); e,
- iii. Investigações em Linguística Cognitiva sobre a semântica e os significados da percepção humana (Bacha, Strehlau & Romano, 2006).

Observa-se que a cognição é o foco, ou seja, a forma de aprender seus mecanismos e interações biológicas, fisioanatômicas e químico-celulares como elementos de interesse para entender como o homem aprende e age no mundo objetivo, para que possa intervir nesse processo.

Para aprofundar as contribuições atuais das neurociências, vale entender primeiro que o cérebro foi decomposto em sua dimensão estrutural, ou seja, em termos de estrutura morfológica ou anatomofisiológica e de estruturas nervosas, em escala microscópica, bem como em sua dimensão fotoelétrica emitida por medidas de dinâmica do cérebro. Avaliar o cérebro tem permitido aos cientistas oferecer informações a pesquisadores e estudiosos de diferentes correntes pedagógicas. Segue-se a necessária compreensão de que a dinâmica entre cérebro, mente e mundo envolve o estudo da sobreposição entre os planos biológico e psicológico com o sociocultural (Macedo & Boggio, 2016; Erikson, 1976; Erikson, 1987 & Erikson, 1998).

Assim, a estrutura cerebral é entendida como uma região composta por cérebro e mente. O cérebro é demonstrado por imagens, descrições detalhadas, como sendo o principal órgão do sistema nervoso. Sua localização intracraniana ganha visibilidade, portanto, é algo palpável e tangível (Bear, Connors & Paradiso, 2018; Rodrigues, 2010). Por outro lado, para Boruchovitch (1994) e Bacha, Strehlau e Romano (2006), a abordagem da mente recebe tratamento na área das ciências humanas e sociais aplicadas como o estado valioso para estratégias de aprendizagem (Boruchovitch, 1994). Sob essa perspectiva, a expressão da nossa condição humana de natureza biopsicossocial ganha força científica. Assim, além da cognição, a emoção e a imaginação são analisadas como elementos situados nesse dispositivo teórico em estudos que mapeiam a mobilização imagética da mente, buscando torná-la palpável e tangível.

A riqueza e a diversidade teórica dos estudos avançados em neurociências e a proposta de atualização dos cursos do Exército Brasileiro instigaram os pesquisadores do CEP/FDC a se questionarem sobre quais seriam os interesses e conhecimentos dos professores e instrutores militares e civis dos estabelecimentos das Organizações Militares Diretamente Subordinadas (OMDS) à Diretoria de Educação Técnico Militar (DETMIL), que oferecem cursos de pós-graduação?

Dessa forma, ao estudar o processo de ensino-aprendizagem da referida disciplina com vistas a compreender as inteligências observadas em sala de aula e os comportamentos decorrentes desse processo (Gáspari & Schwartz, 2002; Gardner, Chen & Moran, 2010; Ferraz, 2015), realizando o cruzamento de dados desses interesses, com a literatura e com a observação participante da disciplina, espera-se estabelecer um caminho de aprendizagem, para os pós-graduandos, que permita fortalecer o pensamento, a memória e a criatividade dos alunos como elementos de defesa e combate (Shunk, 2015; Steadman, 2011).

Método

Para a realização deste projeto, foi escolhida a descrição de seis elementos de classificação, a saber: finalidade, natureza, abordagem, objetivos, procedimentos técnicos e desenvolvimento ao longo do tempo (Bryman, 2012; Creswell, 2007). Quanto à finalidade da pesquisa, caracteriza-se como pesquisa básica ou fundamental, considerando o foco na aquisição de novos conhecimentos que contribuam para o avanço da Ciência Militar, sem pretensões imediatas de aplicação prática, além de gerar conhecimento para o ensino de neurociências em cursos de pós-graduação e, assim, ampliar a capacidade de pensar do aluno. Tal conhecimento pode eventualmente levar

a resultados de natureza acadêmica ou aplicada, ambos importantes. Esses servirão de base para a criação de estratégias de ensino-aprendizagem para que possamos intervir no processo em foco e obter um melhor desempenho cognitivo e comportamental.

A natureza da pesquisa encerra a perspectiva observacional, na qual os dados são coletados para o estudo sem a intervenção do pesquisador. Trata-se de uma abordagem etnográfica em sua etapa de registro de informações para posterior análise. Para sua realização, o estudo de caso envolve a disciplina de Neuropsicopedagogia do curso de Psicopedagogia do CEP/FDC, no ano de 2022.

O estudo, com abordagem mista, conforme Creswell (2007), trata do aspecto quantitativo para descrever os fatos em si. Portanto, os dados não serão usados para testes de hipóteses. Cabe observar que os dados, no futuro, podem sustentar hipóteses para a continuidade do projeto, caso seja do interesse do Exército. Os dados qualitativos serão analisados à luz da Educação com elucidação (interpretação e compreensão) do fenômeno ensino-aprendizagem, avaliando o(s) impacto(s) da disciplina de Neuropsicopedagogia no processo ensino-aprendizagem do Curso de Psicopedagogia Escolar do CEP/FDC e, dessa forma, relacionando os valores e tradições do Exército às funções neurocerebrais e os tipos de inteligências observadas. Aqui, serão estudados os significados que professores e alunos carregam. Observa-se que a abordagem mista permite um valioso cruzamento de dados, possibilitando a validação das informações.

Os objetivos do estudo definem o tipo de pesquisa exploratória, visto que será provocada uma primeira aproximação dos pesquisadores com o tema e o fenômeno, tornando-os compreensíveis e favorecendo aqueles pesquisadores mais familiarizados com a pesquisa científica. O ganho da pesquisa exploratória será, além de gerar conhecimentos básicos para estabelecer relações entre os dados, levar os pesquisadores a compreender as relações existentes no fenômeno estudado para estudos futuros.

Quanto ao procedimento, será um estudo dividido em duas fases: uma bibliográfica e outra de campo. Na primeira fase, visando delinear o estado da arte e, em consonância com o que destacam Firmino e Braz (2020), a busca será nas principais bases de dados da plataforma de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), como BVS-Psi Brasil, *WebScience*, *Scopus*, *SciELO*, *Lilacs*, *Medline* e *Pubmed*, bem como no EB Conhecer. O período de revisão será de 2000 a 2022, período frutífero para estudos sobre o tema “neurociência e educação”.

A mineração será limitada aos seguintes critérios:

- i. inclusão: artigos disponíveis em periódicos nacionais e internacionais, utilizando os seguintes descritores: “neurociências cognitivas”, “dificuldades de aprendizagem”, “distúrbios de aprendizagem” e “defesa, combate e neurociências”, publicados entre 2000 e 2022 e artigos publicados que podem ser baixados gratuitamente ou acessíveis gratuitamente no EB; e,
- ii. exclusão: artigos publicados em idioma diferente do português, inglês ou espanhol; artigos repetidos; artigos publicados que não descrevem os aspectos teóricos e epistemológicos dos descritores em estudo.

Os artigos já foram tratados na “Tabela de Análise de Textos Científico-acadêmicos” (Novikoff, 2010), que contém três seções: duas seções de descrição do texto e outra seção de análise e interpretação textual. A primeira seção corresponde à descrição do resumo do artigo em estudo; a segunda, à descrição dos elementos científicos distribuídos em cinco dimensões, a saber: epistemológica, teórica, técnica, morfológica e analítico-conclusiva. A terceira seção é reservada para a elaboração de um texto crítico do artigo estudado. Após o tratamento dos textos das referidas dimensões, o *corpus* estabelecido será analisado no *software* Atlas. Ti, que é uma ferramenta de análise de dados qualitativos, desenvolvida em 1989 por Thomas Muhr, na Alemanha, com a capacidade e facilidade de processamento de dados como recurso para a realização de análises estatísticas, técnicas de quantificação do número de palavras e Análise de Conteúdo de Bardin (1970) (Gondim *et al.*, 2018; Silva Júnior & Leão, 2018). A terceira seção da Tabela de Análise de Textos Acadêmicos-Científicos das Dimensões de Pesquisa (TABDN), segundo Novikoff (2010) será tratada no *software Interface de R pour les Analysis Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), desenvolvido por Pierre Ratinaud em 2009. É um programa de computador gratuito, baseado no *software* R e que permite diferentes formas de análise estatística em corpus textual e em tabelas de indivíduos por palavras (Camargo & Justo, 2013). Esses dois processos permitirão verificar as marcas discursivas do artigo e do pesquisador. Eles estão destacando e entendendo o tema/objeto de estudo de forma semelhante? Como eles são diferentes? Não se estuda apenas o conceito, mas seus fundamentos e valores.

Na segunda fase da abordagem etnográfica, leva-se em conta a complexidade do fenômeno do processo ensino-aprendizagem, com o enquadramento de dados sobre a percepção dos sujeitos envolvidos no estudo, observação do ambiente, comportamentos individuais e grupais, linguagem não verbal, bem como a sequência dos acontecimentos e sua temporalidade (Víctora, Knauth &

Hassen, 2000). Para tanto, o estudo etnográfico será dividido em três etapas. A primeira etapa será realizada com coleta de dados por meio de questionário semiestruturado com os sujeitos. Nesses termos, a pesquisa terá como população professores e instrutores militares e civis dos Estabelecimentos de Ensino das Organizações Militares Diretamente Subordinadas (OMDS) à Diretoria de Ensino Técnico Militar (DETMIL), que oferecem cursos de pós-graduação lato e/ou stricto sensu como: a) Centro de Estudos do Pessoal e Forte Duque de Caxias (CEP/FDC); b) Escola de Instrução Especializada (EsIE) e; c) a Escola de Artilharia de Costa e Antiaérea (EsACosAAe). Também estão incluídos como sujeitos os alunos do Curso de Psicopedagogia Escolar (CPE) do CEP/FDC, nas aulas da disciplina denominada Neuropsicopedagogia.

A amostra será desenhada por amostragem aleatória simples. A partir do universo estimado de docentes e instrutores, segundo as secretarias de curso dos estabelecimentos de ensino em estudo, com aproximadamente 139 docentes, espera-se que a participação estabelecida no cálculo amostral seja de 95% do intervalo de confiança e 5% de margem de erro, de 103 professores (professores e instrutores). O número de alunos em observação será de 12 (doze), devido ao número máximo de alunos matriculados no curso.

O critério de inclusão é ser professor ou instrutor civil ou militar do corpo docente dos cursos de pós-graduação do CEP/FDC, EsIE e EsACosAAe. Os critérios de exclusão são: o professor civil ou militar que esteja afastado do cargo de professor ou instrutor por motivo de doença ou outro motivo e/ou não estar no corpo docente dos cursos de pós-graduação do CEP/FDC, EsIE e EsACosAAe.

O critério de inclusão para estudantes é o de estar regularmente matriculado no curso de Psicopedagogia do CEP/FDC e estar participando das aulas da disciplina Introdução à Neuropsicopedagogia. Os critérios de exclusão são: não ser aluno regularmente matriculado no CPE do CEP/FDC e/ou não estar cursando o curso de Introdução à Neuropsicopedagogia devido a atestado médico ou qualquer outro tipo de atestado no momento da coleta de dados. Os questionários, tanto para professores e instrutores quanto para alunos, serão depositados no sistema *LimeSurvey* e encaminhados, por meio de Documento Interno do Exército (DIEx), aos comandos dos Estabelecimentos de Ensino participantes, solicitando autorização para a continuação do estudo, com prazo de devolução de 30 dias. Os questionários serão acompanhados do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A segunda etapa etnográfica será realizada em sala de aula por meio da observação da disciplina denominada “Introdução às Neurociências Cognitivas”, do CPE do CEP/FDC, gravada via filme e bloco de notas. A coleta por filmagem ajudará na memorização dos dados sobre o estudo, no controle de

dados para garantir a validade e confiabilidade das interpretações de fatos e declarações e na captura de sinais de emoções e comportamentos que nem sempre são observados a olho nu.

“Filmar em pesquisa qualitativa constitui uma escolha metodológica, no sentido de apreender o fenômeno complexo no qual discursos e imagens são suas partes inerentes” (Pinheiro, Kakehashi & Ângelo, 2005, p. 32). A filmagem será editada no *EaseUS Video Editor* e todos os dados abertos serão processados e analisados no Iramuteq.

A terceira etapa será realizada por meio de entrevistas em grupo focal com os dois grupos de sujeitos, com gravação de imagens (Gatti, 2005). A observação será controlada e sistemática para que os dados tenham a validade e confiabilidade exigidas em uma pesquisa científica, com vistas a captar sinais de emoções e comportamentos. Portanto, o planejamento cuidadoso do trabalho será seguido de uma preparação rigorosa dos observadores (Lüdke & André, 1986).

Dentre as diretrizes de formação para observadores (pesquisadores que colaboram com o NeuroMil), está o desapego de seus valores, sentimentos e atitudes. A filmagem do treinamento ajudará a perceber olhares e expressões faciais ou corporais que expressam a subjetividade preconceituosa na inferência, nas notas de campo a serem realizadas durante a observação (Latvala, Vuokila-Oikkonen & Janhonen, 2000).

A transcrição de cenas e falas será analisada por meio do software IRAMUTEQ. Os observadores serão preparados pelo responsável pelo projeto (Lüdke & André, 1986; Latvala, Vuokila-Oikkonen & Janhonen, 2000; Silva, 2004).

Resultados

Ao adotar o TABDN, a literatura em seus primeiros extratos está sendo analisada e já indica alguns caminhos de correções e indicações de estudos importantes para o objetivo proposto de compreender o lugar das neurociências no processo de ensino e aprendizagem para o Exército Brasileiro.

Em relação às primeiras pesquisas sobre Educação, a literatura com o índice “ciência cognitiva” vem sinalizando a ruptura com o movimento de identificação do cérebro como máquina e a necessidade de diálogos interdisciplinares entre diferentes ciências, como Biologia, Psicologia Cognitiva, Medicina, Linguística e Ciências Sociais Aplicadas, entre outras, em busca da intersecção de conceitos e métodos para compreender o processo de ensino e aprendizagem. Essas ciências se uniram para formar as áreas de conhecimento das neurociências aplicadas à educação, em especial a Psicologia e a

Linguística (Trassi, Oliveira & Santos, 2020). Juntas, eles formaram a base para a compreensão da cognição.

A literatura inicialmente estudada demonstra que o cérebro é a estrutura anatomofisiológica que habita a vida mental. Apesar de ser a parte física do cérebro ou anatomia física do ser humano que tem despertado o interesse de diversos especialistas da área da saúde, como neuroanatomistas, neuropsicólogos, psicólogos, entre outros, cabe ao professor ter a noção dessa estrutura para entender que o aprendizado requer saúde cerebral e impacta o aprendizado quando há casos de disfunção em alguma parte dessa estrutura, incluindo a emoção (Wallon, 1999; Galvão, Câmara & Jordão, 2012). Sendo a mente o lócus onde habitam as faculdades conscientes e inconscientes do pensamento, suas emoções, imaginação e cognição, é o fenômeno de construção que mais interessa ao professor.

Outro aspecto interessante é entender que o inconsciente é objeto de estudo de psicólogos, psicanalistas e terapeutas. Os professores estão interessados em conhecer a mente com suas faculdades conscientes, principalmente a relação entre memória, cognição e habilidades motoras (Izquierdo, 2002; Neufeld & Stein, 2001; Gardner, 1994; Inácio, 2016 & Rodrigues, 2010).

As diferentes formas de memórias, como as que não ultrapassam alguns segundos – por exemplo, as de trabalho –, as que não ultrapassam a memória de curto prazo, assim como as que duram alguns dias e depois desaparecem, já sinalizam seu valor e impacto na relação entre o cérebro e a mente no processo de ensino-aprendizagem. Vale destacar que “há esquecimento real: memórias que desaparecem por falta de uso, com atrofia sináptica” (Izquierdo, 2002, p. 290).

Conclusões

Ao mapear as compreensões da produção científica em diferentes áreas do conhecimento, como biologia, psicologia, medicina e educação, é crível dizer que a interface das neurociências sinaliza novos caminhos para a formação de professores. Essa afirmação é valiosa para professores das Forças Armadas brasileiras que buscam evidências de boas práticas de ensino e aprendizagem nas neurociências.

Os pesquisadores focados na educação em diálogo com outros estudiosos da neurociência são um movimento importante para elucidar as mudanças necessárias no contexto educacional do quartel.

Nesse sentido, espera-se levantar estudos comprometidos com a ciência interdisciplinar com foco no processo de ensino e aprendizagem, nas diferentes formas de inteligência para desenvolver a cognição científica nos programas de pesquisa do exército brasileiro.

Acredita-se que, como dispositivos inteligentes, a pesquisa revigora o conhecimento e possibilita propor estratégias de ensino e aprendizagem para melhorar e fortalecer comportamentos proativos e críticos de forma efetiva e de interesse do exército brasileiro.

A proposta de estudos científicos do projeto, com conceitos de eventos e de alto impacto, projeta sua difusão científica e o conhecimento estudado valida o projeto *NeuroMil*.

A proposta do *NeuroMil*, como projeto de grande porte, contribuirá academicamente para novos estudos na área de Ciências Militares e Ciências Humanas, atendendo a demanda por cursos de pós-graduação, com foco na formação integral do profissional militar.

Em termos de compromisso com a filosofia, permitirá a socialização do conhecimento para novos pesquisadores e professores do Exército Brasileiro e a ampliação da capacidade de pensar criticamente sobre questões emergentes do ensino militar e suas instituições.

Institucionalmente, o *NeuroMil* apoiará a solução de problemas de ensino-aprendizagem de competências com usabilidade de neurociências, com eficiência e eficiência, para revitalizar o processo de ensino e aprendizagem do Sistema de Educação e Cultura do Exército.

Assim, diz ser válido explorar dialogicamente com a comunidade científica sobre as contribuições teóricas e metodológicas para inferir o planejamento pedagógico da sala de aula, especialmente sobre o processo de aprendizagem e os possíveis comportamentos dele decorrentes.

Considerações finais

Agradecemos ao Departamento de Educação e Cultura do Exército (DECEX), por meio da Coordenadoria de Avaliação e Desenvolvimento da Educação Superior Militar do Exército (CADESM) e ao Comandante do Centro de Estudos de Pessoal e Forte Duque de Caxias (CEP/FDC), por sua assistência e apoio financeiro à *NeuroMil*.

REFERÊNCIAS

Bacha, M. L., Strehlau, V. I & Romano, R. (2006). Percepção: termo frequente, usos inconsequentes em pesquisa? *Anais do 30º Encontro da Anpad*, Salvador-BA, 23 a 27 set. 2006. Recuperado em 8 abr. 2022 de http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/10/enanpad2006-mkta-1332.pdf

Bear, M. F.; Connors, B. W., Paradiso, M. (2018). *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. Porto Alegre: Artmed.

Boruchovitch, E. (1994). As variáveis psicológicas e o processo de aprendizagem: uma contribuição para a psicologia escolar. *Rev. Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10(1), 129-139.

Bryman, A. (2012). *Métodos de Pesquisa Social*. (4ª ed.). Oxford: Oxford University Press.

Camargo, B. V., Justo, A. M. (2016, dez.). Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas psicol.*, Ribeirão Preto, 21(2), 513-518. Recuperado em 20 jan. 2022 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso

Creswell, J. W. (2007). *Projeto pesquisa: métodos qualitativos, análises e mistos*. (2. ed.) Porto Alegre: Artmed.

Duarte, N. (2000). *Vigotski e “Aprender a Aprender”*: crítica às teorias neoliberais e pós-apropriadas da teoria vigotskiana. Campinas: Autores Associados.

Erikson, E. H. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E. H. (1987). *Infância e Sociedade*. (2ª. ed.). Rio de Janeiro: Zahar.

Erikson, E. H. (1998). *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Ferraz, R. J. de C. (2015). *Neurociências e educação: uma revisão integrativa na literatura*. [S.l.]. [Manuscrito]

Firmino, L. C. da S., Braz, M. N. dos S. (2020 dez.). Neurociência: uma revisão bibliográfica de como o cérebro aprende. Identificação na linha. *Revista*

Multidisciplinar e de Psicologia, 14(53), 999-1009. Recuperado em 8 abr. 2022 em <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2370>.

Galvão, A., Câmara, J., Jordão, M. (2012). Estratégias de aprendizagem: sobre universitários. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, 93(235), 627-644. Recuperado em 29 abr. 2021 em <http://www.scielo.br/pdf/rbeped/v93n235/06.pdf>.

Gardner, H. (1994). *Estruturas da mente: a Teoria das Múltiplas Inteligências*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Gardner, H., Chen, J-Q. C., Moran, S. (2010). *Inteligências Múltiplas ao Redor do Mundo*. São Paulo: Selo Penso: Grupo A Educação.

Gáspari, J. C. de, Schwarts, G. M. de. (2002, set./dez.). Inteligências Múltiplas e Representações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 261-266. Recuperado em 18 abr. 2022 em Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/pRM7K8rZ9FZ6vX57NRgVNDb/?lang=pt>

Gatti, B. A. (2005). *Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas*. Brasília: Liber Livro.

Gondim, S. M. G. *et al.* (2018, maio/ago.). Análise de vídeo e imagens com suporte do ATLAS.ti: exemplo de aplicação. *Psicol. Pesqui.*, Juiz de Fora, 12(2), 1-11. Recuperado em 8 abr. 2022 de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipessq/v12n2/06.pdf>

Inácio, F. F. (2016). *Memória, estilos intelectuais, estratégias de aprendizagem: estudando os transtornos do neurodesenvolvimento em alunos do ensino fundamental e percepção de seus professores*. [Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade Estadual de Londrina]. Londrina, 2016.

Izquierdo, I. (2002). *Memória*. Porto Alegre: Artmed.

Latvala, E., Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S. (2000). Gravação em vídeo como método de observação participante na pesquisa de enfermagem psiquiátrica. *Jornal de Enfermagem Avançada*, 5, 1252-1257. Recuperado em 8 abr. 2022 em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2648.2000.01383.x>.

Lüdke, M., André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.

Macedo, E. C.; Boggio, P. S. (2016). *Neurociências e Psicologia aplicadas à vida cotidiana*. São Paulo: Mackenzie e Hogrefe.

Neufeld, C. B., Stein, L. M. (2021). Compreensão da memória segundo diferentes perspectivas teóricas. *Revista de Estudos de Psicologia*, Campinas, 18(2), 50-63. Recuperado em 20 nov. 2021 em <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/ZBFjP6tdL5xJ8XCffBsqbFJ/abstract/?lang=pt>.

Novikoff, C. (2010). Dimensões Novikoff: um constructo para o ensino-aprendizado da pesquisa. Em Rocha, J. G. da, Novikoff, C. (Orgs.). *Desafios da práxis educacional à promoção humana na contemporaneidade*. (pp. 211-242). Rio de Janeiro: Espalhafato Comunicação.

Pinheiro, E. M., Kakehashi, T. Y., Ângelo, M. (2005). O uso de filmagem em pesquisas qualitativas. *Rev Latino-am Enfermagem*, 13(5), 717-722. Recuperado em 8 abr. 2022 em <https://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/2728/S0104-11692005000500016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Rodrigues, F. V. (2010). Fisiologia Sensorial. *Revista da Biologia*, 5(1). Recuperado em 8 abr. 2022 em <https://www.revistas.usp.br/revbiologia/article/view/108619>.

Shunk, D. (2015, jan./fev.). Ética e o soldado aprimorado do futuro próximo. *Revisão Militar*. Recuperado em 8 abr. 2022 em https://www.armyupress.army.mil/Portals/7/militaryreview/Archives/English/MilitaryReview_20150228_art017.pdf.

Silva, C. R. de O. (2004). *Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático*. Fortaleza: UFC.

Silva Júnior, L. A., Leão, M. B. C. (2018, jul.). O software Atlas.ti como recurso para análise de conteúdo: analisando a robótica no Ensino de Ciências em teses brasileiras. *Ciência educ.*, Bauru, 24(3), 715-728. Recuperado em 20 jna 2022 em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-73132018000300715&lng=pt&nrm=iso.

Steadman, A. (2011, jul./ago.). Neurociencia para los líderes de combate: Un planteamiento basado en cómo funciona el cerebro del líder en el campo de batalla moderno. *Military Review*. Recuperado em 8 abr. 2022 em https://www.armyupress.army.mil/Portals/7/militaryreview/Archives/Spanish/MilitaryReview_20110831_art007SPA.pdf.

Trassi, A. P., Oliveira, K. L. de, Santos, A. A. A. dos. (2020). A relação entre estilos intelectuais, inteligência e estratégias de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 37(e170046). Recuperado em 29 abr. 2021 em <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0275202037e170046>.

Víctora, C. G., Knauth, D. R.; Hassen, M. N. A. (200). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

Wallon, H. (1999). *Faça um ato ao pensamento*. Porto: Moraes.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 10

TREINO DISCRIMINATIVO DO ENSINO DE ESCREVER COM UM ADOLESCENTE DIAGNOSTICADO COM AUTISMO E PARALISIA CEREBRAL – UM CASO CLÍNICO

*Jhessyca Aline Rodrigues Franco
Ueliton dos Santos Gomes*

A adolescência é parte da fase do desenvolvimento de qualquer indivíduo. É um período em que ocorre um crescimento nas dimensões físicas, nas competências comportamentais e sociais e na aquisição de autonomia. No entanto, este desenvolvimento saudável, pode ser afetado por inúmeros fatores, inclusive por doenças (Papalia & Feldman, 2013).

A paralisia cerebral é resultante das malformações cerebrais ou danos a partes do cérebro que controlam as áreas motoras, que pode ser diagnosticada nos primeiros meses de vida, causadas por lesões no Sistema Nervoso Central (SNC), afetando a coordenação motora da pessoa, sendo uma doença não progressiva (Matos & Lobo, 2009).

Algumas alterações podem ser associadas, como a epilepsia, deficiência intelectual, déficits sensoriais, visuais e auditivos, dificuldade de linguagem e fala, desordens perceptuais e transtornos alimentares e tornando os desafios e ainda maiores durante a adolescência, podendo ter transtornos e outras doenças como comorbidade, como o Autismo (Franco & Guerra 2005; Souza, 1996; Rotta, 2002; Leite & Prado, 2004; Ciasca, Moura-Ribeiro & Tabanquim, 2006; Kavak & Bumin, 2009).

Eventualmente, durante a fase do desenvolvimento neuropsicomotor, comportamentos e sintomas fora do padrão esperado pela idade, podem apresentar um dos transtornos do neurodesenvolvimento, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA). O prejuízo contínuo na comunicação e interação social; padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, são algumas características desse transtorno (DSM – V, 2014). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (critério C e D do DSM-V, 2014), afetam competências sociais e no âmbito escolar, não conseguindo assimilar e compreender

o conteúdo escolar, sendo de suma importância o envolvimento e ajuda da família para com essas pessoas.

A Análise do Comportamento enfatiza processos de aprendizagem nas relações organismo-ambiente, assumindo que o comportamento está sujeito às ações do ambiente. Sendo assim, ao utilizar os procedimentos adequados, e arranjos de contingência podem facilitar o processo de aprendizagem e o aparecimento de novos comportamentos, independente de terem desenvolvimento atípico (Skinner, 1972).

Durante a fase de desenvolvimento infantil e posteriormente, durante a adolescência, os indivíduos são guiados por seus pais ou algum responsável por eles, sendo os possuidores de valores e crenças (Boing & Crepaldi, 2016). Estudos mostram a importância dos pais, no estabelecimento de comportamentos assertivos dos filhos, onde a criança exposta a comportamentos inadequados aumenta a vulnerabilidade aos fatores de risco e a eventos ameaçadores, e que em contrapartida, os pais que oferecem acolhimento e expõem os filhos em um ambiente familiar favorável para um desenvolvimento saudável, proporcionam fatores de proteção frente a eventos ameaçadores (Cia, Pamplin & Willians, 2008; Del Prette & Del Prette, 1999).

Skinner (1957/1978) apresenta três níveis de seleção como modelo explicativo no Behaviorismo Radical de como um organismo se comporta, em maior ou menor medida, estarão sempre atuando na ocorrência ou não de um comportamento, sendo eles no nível filogenético, nível ontogenético e nível cultural (Moore, 2017; Todorov, 2012). Segundo Bastos e Trad (1998), a família influencia de forma eficaz as relações do dia a dia, sendo conflituosas ou não, através das experiências, saberes e valores que são passados para gerações seguintes, sendo produzidos novas rotinas e reproduzindo suas concepções. Assim, a família é responsável pela organização socioafetiva do indivíduo de forma única e imediata, preparando-o para diversas situações ao longo da vida (Bastos & Trad, 1998).

Skinner (1957/1978) descreve o quanto o meio social afeta na vida e no comportamento de uma pessoa, cabendo ao homem modificar o ambiente e ser modificado por ele. O comportamento humano é a relação do resultado da interação do organismo com o ambiente em que está inserido (Harzem & Milles, 1978), na qual, o ambiente social é importante na vida do indivíduo, onde o comportamento é determinado pela ocorrência de resposta com meio inserido (Millenson, 1975). A família pode proporcionar um forte controle sobre o comportamento ao programar consequências nos arranjos ambientais em que se vive, modelando e reforçando diferencialmente pode exercer no modo de ser e comportar (Skinner, 1978).

Uma abordagem da psicologia, que estabelece e utiliza a Análise do Comportamento Aplicada, conhecida como ABA (Applied Behavior Analysis), como forma de intervenção comportamental, teve sua origem no Behaviorismo Radical que, a princípio observa, analisa e explica a relação entre o ambiente, comportamento e o aprendizado para intervir. Ivar Lovaas, é considerado o pioneiro nos estudos de ABA em pessoas com desenvolvimento atípico, comprovando a eficácia dessa abordagem para o desenvolvimento de um novo repertório comportamental, e está sendo muito utilizada como uma ferramenta no tratamento do desenvolvimento de pessoas diagnósticas com TEA (Lear, 2004).

Caballo (1996), refere-se à modelação do comportamento, a exposição do paciente a um modelo correto, como uma técnica dentro da abordagem em ABA, permitindo a aprendizagem pela observação e contato com o modelo apresentado. A modelação, se torna apropriada para o aprendizado de comportamentos adequados, mostrando o que é o correto, se tornando útil em comportamentos complexos, quando o paciente não emite resposta absoluta ou se parece não saber por onde começar. Assim, outro princípio importante que permite a aprendizagem, é a modelagem, que, por meio do reforço das aproximações sucessivas de um comportamento-alvo, permite o estabelecimento de um novo comportamento operante (Baum, 2018).

Desta forma, pode-se considerar que há fatores e contingências que podem aumentar ou diminuir a frequência e a intensidade dos comportamentos, chamados de reforço e punição (Skinner, 1966). O reforço tem como finalidade aumentar a probabilidade de um comportamento específico ocorrer novamente, através de funções como a seleção específica comportamental, à indução como um processo que guia o comportamento e a organização das classes de respostas aproximadas do comportamento-alvo. Já a punição é um outro tipo de consequência do comportamento e que tem como uma de suas funções eliminar alguns comportamentos, diminuindo a probabilidade de repetição um comportamento específico no futuro (Skinner, 1994/1953; Catania, 1999; Baum & Grace, 2020).

Com a Análise do Comportamento Aplicada (do inglês, *Applied Behavior Analysis* ou ABA), podemos utilizar a técnica de aprendizagem sem erro, que é utilizado no contexto de procedimentos de modificação gradual de estímulos que resultam em desempenhos precisos, com nenhum ou pouco erro, através do treino discriminativo e do reforço diferencial (Catania, 1998/1999; Matos, 1981).

Estudos nos mostram que a análise do comportamento aplicada (ABA), possui suporte e base científica, tem sido o método de intervenção mais adotado, para promover habilidades necessárias específicas e qualidade de vida

para pessoas com transtorno do espectro autista (Gillis & Butler, 2007; Lovaas, 1987; Vaughn, 2003; Virués-Ortega, 2010; Howard, Sparkman & Cohen, Green & Stanislaw, 2005; Landa, 2007).

Em um trabalho publicado por Silva, Andrade e Simonassi (2020), aplicaram um procedimento buscando descrever a importância da análise do comportamento aplicada (ABA) no aprendizado e aumentar o repertório de matemática. O objetivo do estudo foi aumentar o repertório em operações básicas de matemática, levando em consideração a dificuldade específica em matemática. Nesse estudo, foi realizado uma linha de base inicial, identificando os pontos para ser trabalhados, constatando as operações somatórias e operações de subtração. Aplicando a análise do comportamento aplicada (ABA) no processo de ensino-aprendizagem, foi trabalhado as operações de soma e de subtração de forma gradativa com reforço e incentivos a cada acerto, em que, o participante ao longo do trabalho, conseguiu solucionar as operações corretamente.

Apresentando as operações numéricas básicas, a cada acerto, era reforçado, em que posteriormente, era apresentado o mesmo tipo de operações numéricas com adicional de um número, em que também era estimulado e reforçado a cada acerto com elogios, possibilitando assim, o aprendizado de novas operações numéricas. Os resultados obtidos por esse trabalho, mostraram que houve um aumento de repertório no comportamento desejado, sendo feito uma comparação entre a linha de base inicial e final, mostrando que o objetivo foi alcançado, onde é observado que o participante consegue efetuar operações matemáticas de forma assertiva.

Um estudo realizado por Silva e Lourenço (2022), com a participação de 15 adolescentes com paralisia cerebral, teve como objetivo a verificação das habilidades sociais dos mesmos, mostrando por meio desse estudo, a importância dos repertórios de habilidades sociais ligados aos estímulos expostos no cotidiano. Foi utilizado nesse estudo, testes e inventários relacionados a habilidades sociais, para a verificação de autocontrole e assertividade. Mediante o resultado inicial dos testes, foi utilizado a análise do comportamento aplicada (ABA) para aumento de repertório assertivo, frente a novas oportunidades ativas de socialização.

Após a realização da intervenção comportamental, trabalhando a assertividade na habilidade social, por meio do treino de elogio e de *feedback*, novamente foi realizado os testes e comparados. Os novos resultados obtidos foram pertinentes, apresentando um aumento na assertividade e assim desenvolvendo mais um repertório na habilidade social, por meio de intervenções precoces com análise do comportamento aplicada (ABA), para o desenvolvimento comportamental e adaptativo de cada participante.

Considerando que a aprendizagem depende do preestabelecimento de um plano de ensino que deve ser elaborado e ajustado ao contexto social e histórico que acontece em situações interacionais, é indicado a hipótese de que crianças e adolescentes com paralisia cerebral possam desenvolver suas ações mediadas por terceiros (Braga, 1995). Como o atraso do desenvolvimento dificulta a aprendizagem de leitura e escrita, é preciso estabelecer um programa de ensino-aprendizagem por imitação generalizada e de controle instrucional (Iñesta, 1980). Com a intervenção da análise do comportamento aplicada (ABA), há possibilidade de traçar estratégias de aprendizado de leitura e escrita e mudança de comportamentos (Camargo & Rispoli, 2013).

Este trabalho teve como objetivo aplicar um procedimento de treino discriminativo e reforçamento diferencial para escrita do próprio nome, por meio da análise do comportamento aplicada (ABA), em estudo de caso com adolescente diagnosticado com autismo e paralisia cerebral.

Método

Participante

O participante desse estudo de caso, foi um adolescente de 15 anos de idade, diagnosticado com paralisia cerebral aos 6 meses de vida. A família foi orientada a procurar assistência médica e profissional necessária. Aos 3 anos de idade, foi diagnosticado pelo médico pediatra que o acompanhava, com Transtorno do Espectro Autista. O adolescente sempre se apresenta de forma hiperativa e ao falar, apresenta manifestação de estereotípias com as mãos. Em 2020, estava no 9º ano do ensino fundamental, porém com a pandemia e as novas modalidades de ensino, não está matriculado em uma instituição escolar por não haver professor de apoio nesse novo contexto. Reconhece os numerais de zero á nove e as cores, não alcançou as condições de alfabetizado, conseguindo reconhecer apenas algumas letras do alfabeto de forma isolada, não reconhecendo famílias silábicas.

Tabela 1
Dados do participante

Identificação*	Sexo	Idade no início das sessões	Início da terapia	Número de sessões
Gustavo	Masculino	15	11/02/2022	11

Nota: (*) Nome fictício.

Local

As sessões ocorriam duas vezes na semana com uma hora cada sessão, em uma brinquedoteca na clínica-escola, localizado no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Prática Psicológica (NEP), do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). A brinquedoteca foi adaptada para o atendimento, com amplo espaço, com mesa escolar redonda com quatro cadeiras, armários contendo diversos jogos de tabuleiro e jogos para coordenação motora e psicomotricidade, possuindo iluminação e temperatura adequada.

Instrumentos e materiais

Foi utilizado a coleta de dados durante as primeiras sessões. Foram utilizados durante as sessões: numerais de zero á nove em E.V.A., régua alfanumérica, desenhos de colorir, lápis de cor, folhas A4 em branco, balinhas e brinquedos como reforçadores, atividades educacionais com as vogais, atividades com o alfabeto durante as sessões e em casa, com a ajuda dos pais, folha A4 com o nome do participante tracejado.

Procedimento

Todas as sessões foram acompanhadas pela mãe. Nas sessões iniciais, foram utilizados a régua alfanumérica e o jogo das pirâmides para verificar a coordenação motora, atenção, noção sobre cores e o conhecimento das letras do alfabeto, apresentando-se bastante dificuldade. Quando lhe foi perguntado quais cores estavam aparentes no jogo, assim como as letras, as respostas assertivas foram reforçadas verbalmente com “parabéns”, e uma balinha, sendo isso, reforçador para o mesmo, incentivando-o a responder o que foi proposto.

Foi apresentada uma tarefa com vogais e alguns desenhos com vários lápis para colorir e demonstrado que realizasse a escrita das vogais tracejadas, utilizando procedimento de imitação generalizada; controle instrucional; técnica de modelação comportamental e reforçamento positivo. Neste procedimento, foi pedido para pintá-lo, sendo feita a demonstração de preenchimento dos espaços internos do desenho mostrando os limites de onde deveria pintar, para que fosse assimilada a tarefa desejada, utilizando-se a técnica de modelação e reforçamento, onde pôde ser observado a habilidade com o uso dos lápis e a coordenação motora fina, que ambas podem ser trabalhadas e melhoradas.

Foi realizado também o uso do procedimento de dicas, com o esvanecimento gradual da dica visual como uma forma de aprendizagem sem erro,

inicialmente realizado apenas com as vogais, onde depois de algumas sessões, fizemos com todo o alfabeto, em que obtivemos o aprendizado e leitura das vogais e do alfabeto completo corretamente.

Após o reconhecimento do alfabeto, foi apresentado o primeiro nome do participante e realizado a leitura das letras correspondentes. Em seguida, em uma folha avulsa, foi mostrado e feito as três primeiras letras, como modelo, e pedido para escrever na parte de baixo.

Foi pedido aos pais que treinasse em casa, todos os dias com o participante as atividades feitas durante as sessões, para melhor assimilação das vogais e de todo ao alfabeto, de forma que participem de forma ativa no processo de ensino-aprendizagem.

Foi realizada uma Linha de Base para a verificação do nível de conhecimento sobre o alfabeto e assim, realizar as devidas intervenções de ensino-aprendizagem conforme a Tabela 2:

Tabela 2
Delineamento experimental e intervenções

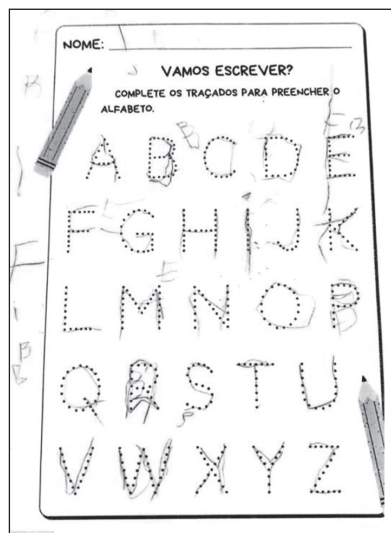
N Sessões	Atividade	Delineamento
1	Pintar um desenho, não conseguindo segurar corretamente o lápis	Recursos visuais e controle instrucional
2	Leitura das vogais e alfabeto	Recursos visuais, reforço e tarefa de casa
3	Atividades em folha com vogais, treino de leitura e escrita	Procedimento de dicas, reforço e tarefa de casa
4	Leitura do alfabeto, foco nas letras do nome do participante, treino de escrita do primeiro nome	Recursos visuais, controle instrucional, esvanecimento gradual de dicas, reforço e tarefa de casa
5	Treino de leitura do alfabeto e a escrita da letra inicial do seu nome: "G"	Recursos visuais, controle instrucional, reforço e tarefa de casa
6	Treino de leitura e escrita das primeiras letras do seu nome: "G, U, I", após leitura do alfabeto	Controle instrucional, reforço e tarefa de casa
7	Treino de leitura e escrita do primeiro nome. Após foi pedido para que fizesse as letras do seu nome	Controle instrucional, reforço e tarefa de casa
8	Escrita do primeiro nome e treinamento da letra "R"	Controle instrucional, reforço e tarefa de casa
9	Escrita do primeiro nome e treinamento da letra "M"	Controle instrucional, reforço e tarefa de casa
10	Escrita do nome na presença de outras pessoas	Controle instrucional e reforço
11	Escrita de outras palavras	Controle instrucional, reforço e tarefa de casa

Resultados

Com o vínculo estabelecido, e por meio da linha de base, foi observado que a coordenação motora estava prejudicada, apresentando dificuldades no manuseio do lápis de colorir e dificuldade em seguir uma linha tracejada, conforme a Figura 1. Foi trabalhado nas sessões seguintes, a coordenação motora, a leitura e a escrita de todo o alfabeto, conforme a Figura 2.

Figura 1

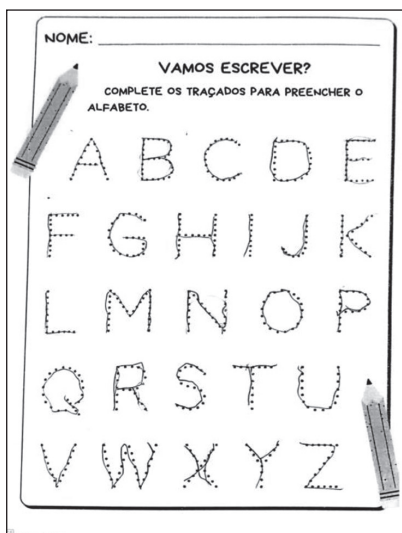
Treino da escrita e leitura do alfabeto



Nota: Linha de base inicial.

Figura 2

Treino da escrita e leitura do alfabeto



Nota: Linha de base final.

Na primeira sessão foi apresentado o alfabeto e alguns lápis, onde foi verificado uma dificuldade na coordenação motora, e obteve uma leitura do alfabeto de forma confusa. Na sessão seguinte, foi apresentado para o participante, uma atividade de folha com vogais, desenhos e lápis de colorir. Após a realização da leitura em voz alta das vogais indicadas na atividade, e o participante repetindo verbalmente cada vogal, foi pedido para que o mesmo realizasse a escrita das vogais que estavam tracejadas, imitando conforme que foi mostrado.

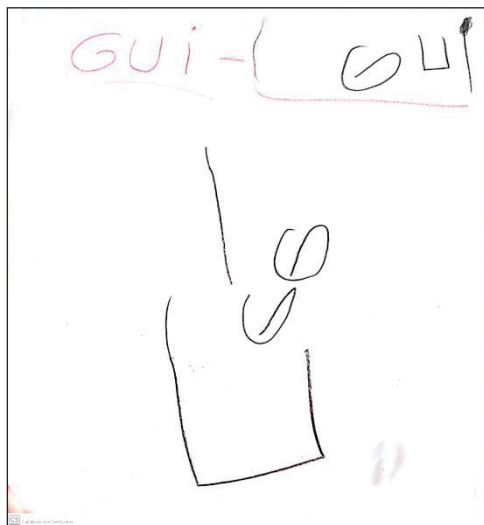
Desse modo ocorreu a imitação generalizada para a escrita das vogais, que foi treinado nos dois encontros seguintes e pedido aos pais que fizesse a mesma ação em casa, a fim de que a participante adquirisse o aprendizado das vogais através da prática diária e do reforço.

Nas sessões seguintes, tendo adquirido o repertório da leitura de todo o alfabeto e a escrita das vogais, foi apresentado o primeiro nome do

participante, em que, o participante realizou a leitura das letras correspondentes. Em seguida, em outra folha, foi mostrado e feito as três primeiras letras do seu nome. Pedido que fizesse a leitura e escrita das mesmas, o participante apresentou dificuldade inicialmente, mas após várias tentativas, conseguiu realizar a escrita das letras “G, U, I” consecutivamente, conforme a Figura 3.

Figura 3

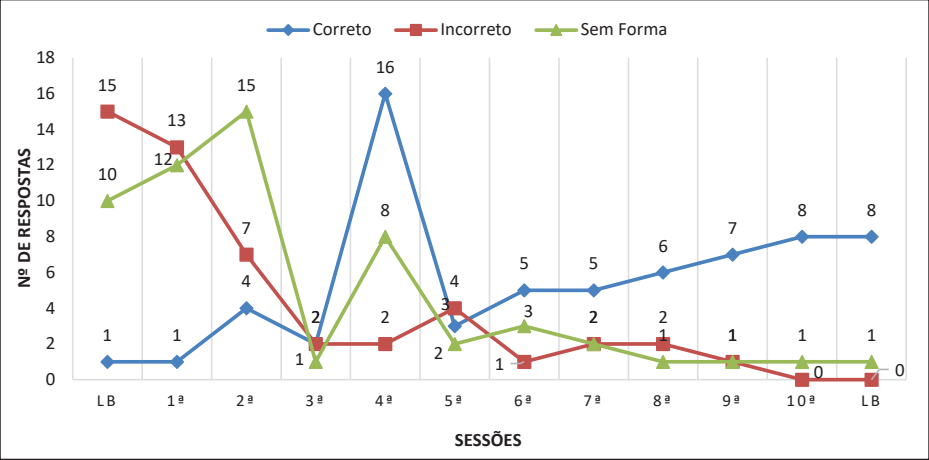
Participante realiza a escrita das letras “G”, “U” e “I”



Já na sétima, oitava e nona sessão, foi feito o treinamento da leitura e escrita do alfabeto e a escrita do primeiro nome, cumprindo a tarefa com sucesso. Foi percebido uma dificuldade na escrita das letras “R” e “M”, realizando o treino da escrita das letras em sessão e em casa com a ajuda dos pais, respectivamente, apresentando uma melhora significativa no decorrer das sessões.

A aprendizagem da leitura e da escrita das letras do alfabeto foi ocorrida através do reforço da leitura das letras apresentadas e lidas corretamente, conforme a Figura 4. A leitura do alfabeto era realizada em todos os encontros semanais e realizada todos os dias em casa com a família, resultando na aprendizagem da leitura de todas as letras do alfabeto, em duas semanas de treino discriminativo. Inicialmente, o participante apresentou um grande número de respostas incorretas e um baixo número de acerto, em que durante o treino da leitura, na quinta sessão, apresenta um menos de respostas incorreta e um aumento de acertos, já no final do treino discriminativo, o participante não obteve nenhum erro ao realizar a leitura do alfabeto, apresentando uma demora ao responder algumas letras, mas sem dificuldade.

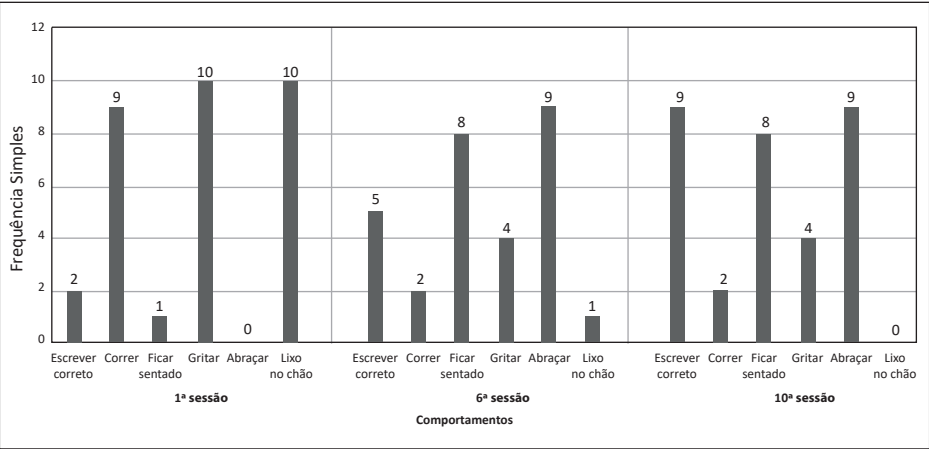
Figura 4
Distribuição de resposta em cada fase



No decorrer das intervenções foi notado a diferença no número de respostas corretas. Na primeira sessão apresentou um baixo índice de respostas corretas e alto índice de respostas incorretas e de forma vaga. Na quarta sessão, obteve uma resposta em acertos de forma alta e significativa, e baixo índice de resposta incorreta e de forma vaga. Já após a intervenção, apresentava nenhuma dificuldade na leitura, não obteve erro, e manteve o número de acertos.

Ao longo das sessões, foi observada demandas que precisavam ser trabalhadas e após a intervenção da análise do comportamento aplicada (ABA), participante apresentou uma mudança comportamental, conforme mostra a Figura 5.

Figura 5
Comparação de comportamento em diferentes fases

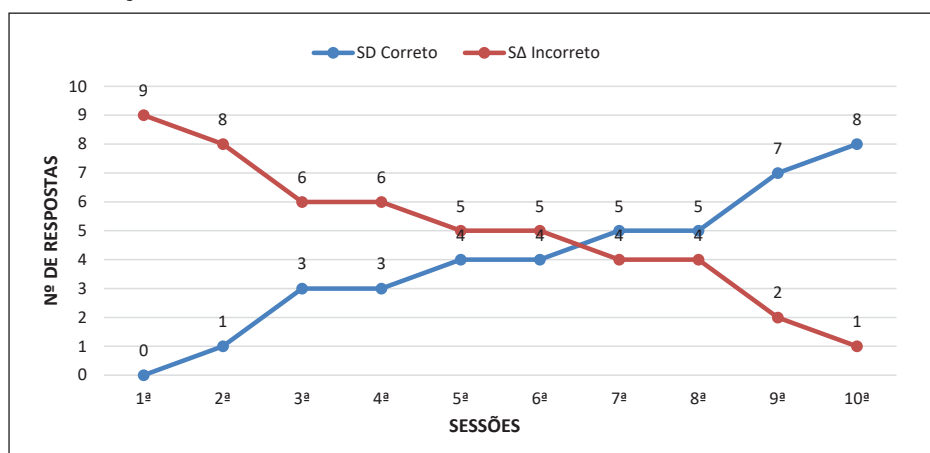


Na primeira sessão, foi observado que o participante não possuía habilidade de escrita da forma adequada e apresentava comportamentos impulsivos que desfavoreciam o ensino de aprendizagem. Ao longo das sessões, trabalhou-se a coordenação motora grossa e fina, melhorando a habilidade de escrita, e reforçando apenas os comportamentos adequados, como ficar sentado.

Na décima sessão, após a intervenção, foi observado que houve um aumento no número de respostas em escrever corretamente, ficar sentado e abraçar, assim, como houve a diminuição de comportamentos impulsivos, onde diminuiu a frequência de ficar correndo e gritando, e adquiriu um novo comportamento de jogar lixo no lixo.

Inicialmente, o participante não reconheceu as letras que correspondem ao seu nome. Aplicando a técnica de dicas visuais e de esvanecimento gradual, nas sessões seguintes, foi verificado o aprendizado da leitura e da escrita das letras correspondentes do próprio nome, conforme a Figura 6. Na quinta e sexta sessão, o participante apresentou reconhecimento parcial das letras correspondentes do seu nome, em que, a cada acerto era reforçado. Já na décima sessão, não foi utilizado a técnica de dicas visuais e de esvanecimento gradual do nome, sendo pedido que escrevesse as letras que correspondiam seu nome de forma soletrada, em que o participante acertou oito de nove letras que foram ditadas, conseguindo assim a maior parte do nome. A letra incorreta foi treinada em casa.

Figura 6
Discriminação do nome



Na primeira sessão, não conseguia assimilar as letras que correspondem ao seu nome, não obtendo nenhum acerto. Na quinta e sexta sessão, percebe-se

um aumento no número de acertos da escrita correta das letras do seu nome e já na última sessão, o participante consegue escrever o nome, sem grandes dificuldades, com apenas um erro.

Treinando nas sessões e em casa com a ajuda dos pais, – considerando a particularidade de o participante ter um quadro de paralisia cerebral – apresentou melhora na coordenação motora, precisando ser trabalhada de maneira contínua a fim de progredir no processo de discriminação do próprio nome.

Com o treino da escrita do primeiro nome por completo, através da análise do comportamento aplicada (ABA), tanto nas sessões quanto em casa, o participante já consegue fazer o nome sem dicas visuais, escreve o nome através das letras ditadas. O comportamento de escrever o nome ocorre não só dentro do consultório, mas ocorre também em outros lugares diferente e em frente de pessoas desconhecidas por ele.

Durante as sessões, após o término do treino discriminativo do próprio nome, foi trabalhado substantivos usados no cotidiano, como “bola”, “casa” e “carro”, generalizando a escrita para além do próprio nome.

Discussão

Este trabalho teve por objetivo aplicar um procedimento de treino discriminativo e reforçamento diferencial para escrita do próprio nome, conseguindo êxito, por meio da análise do comportamento aplicada (ABA). Com a utilização da técnica de modelação do comportamento proposto por Caballo (1996), ocorreu a exposição do participante ao modelo desejado, permitindo assim um melhor processo de ensino-aprendizagem da escrita do próprio nome.

Os resultados obtidos deste trabalho mostraram-se semelhante com os estudos realizados por Silva, Andrade e Simonassi (2020), que corroboram com os estudos sobre a análise do comportamento aplicada (ABA) e a aprendizagem. Os resultados comportamentais mostraram-se favoráveis ao trabalho feito por Silva e Loureço (2022), contribuindo com a corroborar com a prática da análise do comportamento aplicada (ABA).

Esse estudo mostrou a eficácia da ABA, promovendo habilidades necessárias específicas, como a coordenação motora grossa e fina, por meio do estímulo no ambiente e no comportamento, torna-se propício a aprendizagem do novo comportamento, conseguindo assim, segurar o lápis corretamente, conforme Loovas (1987) e Lear (2004). A melhora da coordenação motora, possibilitou uma habilidade essencial para que o objetivo de escrever o próprio nome fosse alcançado, com a participação intensiva dos pais nas atividades propostas, e assim, aprendizagem de escrita.

Foi comprovado por meio desse estudo que, um programa de ensino-aprendizagem por imitação generalizada e de controle instrucional (Iñesta, 1980) e de treino discriminativo (Catania, 1998/1999), a ABA mostrou-se eficaz para o ensino da escrita do nome do participante, apresentando resultados satisfatórios, por onde a família e o meio social em que se vive, possui uma grande influência no comportamento (Skinner, 1957/1978).

O objetivo inicial desse estudo foi alcançado. O participante que não possuía repertório de leitura e escrita, após a intervenção de ensino-aprendizagem, apresentou um repertório satisfatório de leitura do alfabeto e da escrita do seu próprio nome, conseguindo generalizar a escrita para além do nome dele, frente a pessoas desconhecidas. Propõe-se a recomendação de que proposta de ensino-aprendizagem continue para possibilitar mais autonomia e qualidade de vida.

Apesar de todas as limitações diagnósticas do participante, os resultados desse trabalho comprovaram a eficácia da análise do comportamento aplicada (ABA), que de forma simples e focada na demanda, obteve um processo de evolução e os objetivos alcançados, sendo possível estabelecer um novo padrão de comportamento com pessoas de desenvolvimento atípico. Assim, pode-se desenvolver repertórios comportamentais que promoveram a qualidade de vida e comportamentos que geram menos prejuízos.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.

Bastos, A. C. S. (1998). A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: Implicação para investigações em saúde. Tradução L. A. B. *Ciência & Saúde Coletiva*, III(1), 106-115.

Baum, W. M. (2018). *Compreender o Behaviorismo: Comportamento, Cultura e Evolução*. Artmed Editora.

Baum, W. M., & Grace, R. C. (2020). Matching theory and induction explain operant performance. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 113(2), 390-418. Doi: <https://doi.org/10.1002/mde.2713>

Böing, E., Crepaldi, M. A. (2016) Relação pais e filhos: compreendendo o interjogo das relações parentais e coparentais. *Educar em Revista*, (59), 17-33. Doi: 10.1590/0104-4060.44615.

Braga, L. W. (1995). *Cognição e paralisia cerebral: Piaget e Vygotsky em questão*. Salvador: Sarah Letras.

Caballo, V. E. (1996). *Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais*. São Paulo: Santos.

Camargo, S. P. H., & Rispoli, M. (2013). Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. *Revista Educação Especial*, 26(47), 639-650.

Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição [Learning]*. DG Souza (Trans.). (4 th ed.) [S.l.]: Artmed. (Original work published 1998).

Cia, F., Pamplim, R. C. O., & Willians, L. C. A. (2008). O impacto do envolvimento parental no desempenho acadêmico de crianças escolares. *Psicologia em estudo*, 13(2), 351-360. Doi: 10.1590/S1413-73722008000200018.

Ciasca, S. M., Moura-Ribeiro, M. V. L. de & Tabaquim, M. L. M. (2006). *Aprendizagem e paralisia cerebral, transtornos de aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. (pp. p. 410-15). Porto Alegre: Artmed.

Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: Terapia e educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Franco, M. A. M., & Guerra, L. B. (2015). O ensino e a aprendizagem da criança com paralisia cerebral: ações pedagógicas possíveis no processo de alfabetização. *Revista Educação Especial*, 28(52), 311-324.

Gillis, J. M., & Butlher, R. C. (2007). Social skills interventions for preschoolers with Autism Spectrum Disorder: A description of single-subject design studies. *Journal of Early & Intensive Behavior Intervention*, 4(3), p. 532-547.

Harzem, P., & Milles, T. R. (1978). *Conceptual issues in operant psychology*. Chicheste, Inglaterra: Wiley.

Howard, J. S., Sparkman, C. R., Cohen, H. G., Green, G., Stanislaw, H. (2005). A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. *Research in Developmental Disabilities*, 26(4), p. 359-383.

Înesta, E. R. (1980). *Técnicas de modificação do comportamento: aplicação ao atraso de desenvolvimento*. Goiânia: E.P.U.

Kavak, S. T., & Bumin, G. (2009). Os efeitos da postura de pega do lápis e diferentes modelos de mesa sobre o desempenho na caligrafia de crianças com paralisia cerebral hemiplégica. *Jornal de Pediatria*, 85(4), p. 346-352.

Landa, R. (2007). Early communication development and intervention for children with autism. *Mental Retardation & Developmental Disabilities Research Reviews*, 13(1), 16-25.

Lear, K. (2004). *Ajude-nos a Aprender. (Help us Learn: A Self-Paced Training Program for ABA Part 1: Training Manual)*. Traduzido por Windholz, M. H.; Vatauvuk, M. C.; Dias, I. S., Garcia Filho, A. P. & Esmeraldo, A. V. Canadá.

Leite, J. M. R. S., & Prado, G. F do. (2004) Paralisia Cerebral: aspectos fisioterapêuticos e clínicos. *Revista Neurociências*, São Paulo, 12(1), 41-46.

Lovaas, O. I. (1987). Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 3-9.

Matos, A. P., & Lobo, J. C. (2009). A paralisia cerebral na adolescência: resultados de uma investigação. *Psicologia USP*, 20, 229-249.

Matos, M. A. (1981). O controle de estímulos sobre o comportamento. *Psicologia*, 2, 1-15.

Millenson, J. R. (1975). *Princípios de análise do comportamento*. Tradução de A. A. Souza e D. Rezende. Brasília: Coordenada (Trabalho original publicado em 1967).

Moore, J. (2017). Seleção comportamental por consequências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 13(2), 48-26.

Papalia, D. E., & Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento humano*. Art-med Editora.

Rotta, N. T. (2002). Paralisia cerebral: novas perspectivas terapêuticas. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 78(1), 48-54

Silva, M. A., Andrade, G. C. F., & Simonassi, L. (2020, ago.). Aumento de repertório de Matemática na perspectiva de análise aplicada do comportamento: um estudo de caso. *Revista Psicologia em ênfase*, 1(1), 87-102.

Silva & Lourenço (2022). Análise das habilidades sociais e características funcionais de adolescentes com paralisia cerebral. *Psicologia do Desenvolvimento*. Doi: doi.org/10.1590/1982-4327e3211

Skinner, B. F. (1966). Operant Behavior. Em W. K. Honig. *Operant behavior: Areas of research and application* (pp. 12-32). New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.

Skinner, B. F. (1972). *Tecnologia do ensino*. São Paulo: Herder: Editora da Universidade de São Paulo.

Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. Traduzido por M. P. Villalobos. São Paulo: Cultrix. (Trabalho original publicado em 1957).

Skinner, B. F. (1994 / 1953). *Ciência e comportamento humano*. Trad. J. C. Todorov & R. Azzi. São Paulo: Martins Fontes.

Souza, L. M. N. (1996). *Estimativa de desempenho de crianças e adolescentes com paralisia cerebral*. [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília].

Todorov, J. C. (2012). Sobre uma definição de comportamento. *Perspectivas em análise do comportamento*, 3(1), 32-37.

Vaughn, S. (2003). Social Skills Interventions for Young Children with Disabilities. *Remedial & Special Education*, 24(1), 2.

Virues-ortega, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: meta-analysis, meta-regression and dose-response meta-analysis of multiple outcomes. *Clinical Psychology Review*, 30(4), p. 387-399.

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

CAPÍTULO 11

IMPACTO NA PERCEPÇÃO DE APOIO SOCIAL E DESEMPENHO COGNITIVO DE IDOSOS EM UM PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA

*Izabella Cristina Carneiro Vaz
João Paulo Moreira Di Vellasco
Maria Virgínia de Carvalho*

O envelhecimento é um processo natural do desenvolvimento que envolve modificações neurobiológicas, funcionais e sociais. Estima-se que até o ano de 2050 no Brasil, o número de pessoas idosas alcançará a marca de aproximadamente 20% da população possuindo mais de 60 anos de idade (Carvalho & Wong, 2008). Para a grande parcela das nações, ser uma pessoa idosa é sinônimo de perda de autonomia e exclusão da vida social. No entanto, com a expansão populacional de idosos surge uma preocupação voltada para uma nova perspectiva aos que vivem essa fase do ciclo da vida (Guedes, Lima, Caldas & Veras, 2017).

A OMS (2005) intitulou como envelhecimento ativo o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o propósito de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Enseja que as pessoas possam compreender suas capacidades vigentes para obtenção do bem-estar físico, social e mental, segundo suas necessidades, desejos e habilidades, além de proporcionar proteção e segurança adequadas. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2015) “o envelhecimento saudável é definido como um processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada”.

Nessa perspectiva, o objetivo principal é maximizar a capacidade funcional, ou seja, potencializar a habilidade de o indivíduo interagir com o meio de forma independente, a realizar tarefas pela qual se interessa, como: atividades básicas da vida diária (ABVD) como tomar banho, realizar higiene pessoal, vestir-se, atividades instrumentais da vida diária (AIVD) como gerir finanças, fazer compras, realizar um telefonema e atividades avançadas da vida diária (AAVD) (Gomes, Souza, Marques & Leal, 2020).

As atividades avançadas da vida diária (AAVDs) se refere a tarefas do cotidiano baseadas na intenção do indivíduo, que envolvem a interação com o contexto cultural, social e motivacional e que demanda funcionamento físico e cognitivo conservados, possibilitando ao indivíduo independência pública (Neri & Vieira, 2013). Com o processo de envelhecimento, a pessoa idosa sofre perdas significativas funcionais como: dificuldade visual, auditiva, de locomoção, entre outras. Uma das mudanças ocorridas em virtude do envelhecimento é a redução de contatos sociais, que por sua vez, torna-se empobrecida e dependente (Coimbra, 2008).

Na literatura gerontológica, as atividades avançadas da vida diária (AAVDs) desde que feitas de forma voluntária e desejável pela pessoa idosa, contribuem para redução da mortalidade, minimização de sentimentos de solidão e promoção de maior autoeficácia, todavia, a redução dessas atividades pode preconizar declínio cognitivo, funcional e vulnerabilidade (Dias, Duarte & Lebrão, 2010).

Nesse sentido, a estimulação cognitiva, permite o desenvolvimento das habilidades cognitivas necessárias que beneficiem os indivíduos no envelhecimento, visando a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e familiares na promoção do melhor manejo para lidar com as deficiências e declínios cognitivos derivados do envelhecimento saudável ou patológico, voltando-se principalmente por meio de treinos cognitivos na melhoria das funções cognitivas (Chariglione & Janczura, 2013).

Chariglione & Janczura (2013) ainda apontam uma relação positiva entre o desempenho cognitivo do idoso e uma estimulação continuada, mostram que, o exercício diário da mente desenvolve a vivacidade mental e as atividades promotoras de estimulação mental colaboram para a prevenção do declínio cognitivo.

Diante do que foi exposto, o objetivo deste estudo é investigar o impacto de um programa de estimulação cognitiva na percepção de apoio social e no desempenho cognitivo global de idosos.

Método

Participantes

Participaram do estudo sete idosos com idades entre 60 e 69 anos, de ambos os sexos, sendo quatro do sexo masculino e três do sexo feminino. Dos sete participantes, três concluíram o programa de estimulação cognitiva, sendo:

1. Participante “B” sexo feminino, 63 anos, nível de escolaridade alfabetização;
2. Participante “J” sexo masculino, 61 anos, nível de escolaridade 5.^a série do ensino fundamental;
3. Participante “Z” sexo feminino, 69 anos, nível de escolaridade ensino médio. Os demais participantes não concluíram o programa de estimulação cognitiva por motivo de falta ou desistência.

Instrumentos

Para medir a percepção de apoio social das pessoas idosas foi utilizada a Escala de Apoio Social (MOS-SSS) desenvolvida para o Medical Outcomes Study e posteriormente adaptada para a população brasileira. Embora tenha sido desenvolvido inicialmente para aplicação em pacientes crônicos, ampliou-se seu uso para diferentes populações devido a facilidade de sua aplicação (Zanini *et al.*, 2018).

Composto por 19 questões que abrangem cinco dimensões de apoio social: quem pode apoiar-lhes com medidas práticas (Apoio Material), percepção sobre a existência de pessoas em sua rede social que lhes amem (Apoio Afetivo), com quem contar para compartilhar suas preocupações e sentimentos (Apoio Emocional), solicitar informações (Apoio Informacional) e com quem podem ter momentos de prazer e relaxamento (Interação Social Positiva). O participante com base na instrução inicial “Se você precisar, com que frequência conta com alguém [...]”, assinala uma das cinco possíveis respostas de acordo com uma escala Likert de cinco pontos, onde 0 (“nunca”); 1 (“raramente”); 2 (“às vezes”); 3 (“quase sempre”) e 4 (“sempre”).

Para avaliar as funções cognitivas, foi utilizado a *Addenbrooke’s Cognitive Examination – Revised* (ACER-R), desenvolvida por Mioshi *et al.* (2000), traduzida e adaptada no Brasil por Amaral Carvalho e Caramelli (2007). A ACER-R brasileira destina-se a indivíduos com idade a partir de 50 anos, com nível educacional de 4 a 24 anos de estudo formal e para indivíduos com idade a partir de 60 anos, analfabetos e com baixa escolaridade. O instrumento oferece índices para cinco domínios cognitivos: atenção e orientação (18 pontos), memória (26 pontos), fluência verbal (14 pontos), linguagem (26 pontos) e habilidade visuoespacial (16 pontos). A qualidade do funcionamento cognitivo global é apresentada pela soma de todas as subescalas, equivalente a 100 pontos (Miotto, *et al.*, 2018).

Utilizou-se de canetas esferográficas, lápis, borracha, folhas de papéis em branco, folhas com atividades de estimulação cognitiva, 14 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e frutos de jatobá.

Procedimento

A seleção dos participantes foi realizada por abordagem presencial, via telefone e convites através de *folder* distribuídos de forma “on-line”. O grupo de estimulação cognitiva consistiu no total de 09 encontros (1 encontro semanal). No primeiro encontro realizou-se o uso da técnica de *rapport* com a apresentação do fruto de jatobá (questionando quem conhecia o fruto, onde e como conheceram, recordação de uma lembrança etc.). Em seguida realizou-se a apresentação da proposta do grupo de Estimulação Cognitiva de Idosos para os integrantes do grupo (o que é, para que serve e suas vantagens), bem como a apresentação dos coordenadores do grupo (composto pela supervisora prof. Dra. Maria Virgínia de Carvalho e quatro estagiários) e dos participantes (sete pessoas idosas acima de 60 anos). Realizou-se a leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como aplicação do questionário sociodemográfico.

No segundo encontro realizou-se a aplicação dos instrumentos (Exame Cognitivo de Addenbrooke e Escala de Apoio Social (MOS-SSS). Utilizou-se das técnicas de *rapport* e psicoeducação para explanação sobre a necessidade da aplicação dos instrumentos acima citados. No terceiro encontro, iniciou-se o treino de Estimulação Cognitiva com os integrantes do grupo, apresentando as atividades, orientando como se realizava, bem como qual construto cada uma estimulava e suas vantagens. Sendo 4 atividades no total, envolvendo a estimulação da atenção, concentração, memória, orientação e compreensão.

No mesmo encontro utilizou-se da técnica de psicoeducação com a inclusão do calendário (entregue 1 unidade para cada participante levar para casa) na rotina diária e noturna, visando a melhoria da orientação temporal (dado as instruções: falar em voz alta pela manhã o dia da semana, mês, ano e marcar no mesmo um círculo. Ao findar do dia recomendou-se aos participantes que realizassem o mesmo passo e marcassem um “x” no dia da semana após a realização).

Sugeriu-se o uso de uma caixa organizadora na rotina diária, visando a melhoria de guarda e recordação dos itens utilizados no dia a dia dos participantes. As atividades foram aplicadas individualmente e quando solicitado ajuda os estagiários auxiliavam.

No quarto encontro, executou-se a aplicação de cinco atividades, visando:

1. estimular a memória episódica e compreensão;
2. estimular a atenção, reconhecimento, linguagem;

3. estimular a atenção concentrada e sustentada;
4. funções executivas, linguagem, reconhecimento e;
5. sensações, expressões faciais. Utilizou-se das técnicas de reforçamento e *feedback*.

No quinto encontro, foi realizado a aplicação de quatro atividades, objetivando a estimulação da memória afetiva e reconhecimento (Atividade 1); Atenção seletiva (Atividade 2); Atenção alternada (Atividade 3) e Funções executivas (Atividade 4).

O sexto encontro foi composto por quatro atividades, objetivando a estimulação da memória, atenção e funções executivas. Utilizou-se de um momento do encontro para ouvir a opinião dos participantes quanto as atividades e seus efeitos. No sétimo encontro, executou-se a aplicação de uma atividade, visando estimular a atenção e funções executivas, bem como, utilizou-se da técnica psicoeducação com o tema “ponto de vista”.

No oitavo encontro, utilizou-se da técnica de psicoeducação, abordando a importância do cuidado individual no que se refere à quebra de rotina em meio a datas festivas. Para encerrar as atividades em grupo, utilizou-se de um momento para obter a opinião dos participantes quanto as atividades e seus efeitos no cotidiano dos participantes, bem como a relevância da estimulação cognitiva em suas vidas.

Utilizou-se do nono e último encontro para a reaplicação dos instrumentos: Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACER-R) e Escala de Apoio Social (MOS-SSS).

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados da primeira e segunda aplicação da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) da participante “B”, realizadas antes e após a participante ser submetida ao programa de estimulação cognitiva. No que diz respeito ao apoio material, identificou-se que em ambas as aplicações a participante apresentou alta percepção (AM 16). Quanto ao apoio afetivo, permaneceu na mesma classificação (alta percepção), apresentando oscilação positiva da pontuação bruta (AA 11 para 12). No que se refere ao apoio emocional/informacional notou-se um aumento significativo de melhora da pontuação bruta (AE/I 15 para 25). Sobre a interação social positiva, a participante permaneceu na mesma classificação, apresentando oscilação negativa da pontuação bruta (ISP 16 para 14).

Tabela 1***Primeira e segunda aplicação da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) da participante “B”***

	Primeira Aplicação			Segunda Aplicação		
	Pt bruta	Pt corte	Classificação	Pt bruta	Pt corte	Classificação
Apoio Material	16	≥14	alta	16	≥14	alta
Apoio Afetivo	11	≥11	alta	12	≥11	alta
Emocional/Informacional	15	13 a 28	média	25	13 a 28	média
Interação Social Positiva	16	≥14	alta	14	≥14	alta

A Tabela 2 apresenta os resultados da primeira e segunda aplicação da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) do participante “J”, realizadas antes e após o participante ser submetido ao programa de estimulação cognitiva. No que se refere ao apoio material, em ambas as aplicações se manteve alta percepção (AM 16). Quanto ao apoio afetivo, identificou-se melhora da pontuação bruta (AA 10 para 12), alterando positivamente a classificação da percepção desse apoio de média na primeira aplicação, para alta percepção, na segunda aplicação. Sobre o apoio emocional/informacional, obteve-se melhora significativa, comparada à primeira aplicação, classificando-se de média para alta percepção, na segunda aplicação, como também oscilação positiva na pontuação bruta (AE/I 20 para 30). Quanto a interação social positiva, a classificação permaneceu a mesma (alta percepção), com oscilação negativa da pontuação bruta (ISP 16 para 15).

Tabela 2***Primeira e segunda aplicação da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) do participante “J”***

	Primeira Aplicação			Segunda Aplicação		
	Pt bruta	Pt corte	Classificação	Pt bruta	Pt corte	Classificação
Apoio Material	16	≥14	alta	16	≥14	alta
Apoio Afetivo	10	05 a 10	média	12	≥11	alta
Emocional/Informacional	20	13 a 28	média	30	≥29	alta
Interação Social Positiva	16	≥14	alta	15	≥14	alta

A Tabela 3 apresenta os resultados da primeira e segunda aplicação da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) da participante “Z”, realizadas antes e após a participante ser submetida ao programa de estimulação cognitiva. No que se refere ao apoio material, em ambas as aplicações se obteve alta percepção (AM 16). Quanto ao apoio afetivo, manteve-se a classificação (média percepção), notando-se uma oscilação positiva na pontuação bruta (AA 05 para 07). Sobre o apoio emocional/informacional, identificou-se melhora significativa, classificando-se de baixa percepção para média percepção, possibilitando oscilação positiva da pontuação bruta (AE/I 07 para 23). Sobre a interação

social positiva, identificou-se melhora na classificação (baixa percepção para média percepção) e oscilação positiva na pontuação (ISP 03 para 12).

Tabela 3

Primeira e segunda aplicação da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) da participante “Z”

	Primeira Aplicação			Segunda Aplicação		
	Pt bruta	Pt corte	Classificação	Pt bruta	Pt corte	Classificação
Apoio Material	16	≥14	alta	16	≥14	alta
Apoio Afetivo	05	05 a 10	média	07	05 a 10	média
Emocional/Informacional	07	≤12	baixa	23	≥29	média
Interação Social Positiva	03	≤06	baixa	12	≥14	média

A Tabela 4 apresenta os resultados da primeira e segunda aplicação do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) da participante “B”. No que se refere a atenção e orientação identificou-se melhora comparada à primeira aplicação, classificando-se de uma dificuldade grave na primeira aplicação para normal na segunda, com oscilação positiva da pontuação bruta de 13 para 17. Houve alterações positivas nos domínios: fluência, com pontuação bruta de 8 para 11; linguagem, com pontuação bruta de 23 para 25, mantendo os resultados na classificação média esperada para a idade e nível de escolaridade da participante.

Tabela 4

Primeira e segunda aplicação do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) da participante “B”, sexo feminino, 63 anos

Domínios	Primeira Aplicação				Segunda Aplicação			
	Pt. Bruta	Média	DP	Classif.	Pt. Bruta	Média	DP	Classif.
Atenção/Orientação	13	17,25	0,75	Grave	17	17,25	0,75	Normal
Memória	16	17,50	4,32	Normal	15	17,50	4,32	Normal
Fluência	08	8,58	1,83	Normal	11	8,58	1,83	Normal
Linguagem	23	22,92	3,45	Normal	25	22,92	3,45	Normal
Visuo-espacial	16	14	1,76	Normal	16	14	1,76	Normal
Total	76	80,25	9,27	Normal	84	80,25	9,27	Normal

A Tabela 5 apresenta os resultados da primeira e segunda aplicação do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) do participante “J”. Identificou-se melhora nos respectivos domínios: memória, com oscilação positiva da pontuação bruta de 15 para 19; fluência, de 11 para 12; linguagem, de 23 para 25 e visuoespacial, 12 para 14, resultados estes na classificação média esperada para idade e nível de escolaridade do participante.

Tabela 5

Primeira e segunda aplicação do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) do participante “J”, sexo masculino, 61 anos

Domínios	Primeira Aplicação				Segunda Aplicação			
	Pt. Bruta	Média	DP	Classif.	Pt. Bruta	Média	DP	Classif.
Atenção/Orientação	18	17,25	0,75	Normal	17	17,25	0,75	Normal
Memória	15	17,50	4,32	Normal	19	17,50	4,32	Normal
Fluência	11	8,58	1,83	Normal	12	8,58	1,83	Normal
Linguagem	23	22,92	3,45	Normal	25	22,92	3,45	Normal
Visuo-espacial	12	14	1,76	Normal	14	14	1,76	Normal
Total	79	80,25	9,27	Normal	87	80,25	9,27	Normal

A Tabela 6 apresenta os resultados da primeira e segunda aplicação do Exame Cognitivo de Addenbrooke da participante “Z”. No que se refere a atenção e orientação a participante apresenta um rebaixamento grave, mantido na segunda aplicação. Quanto a memória, identificou-se uma melhora significativa, apresentando um resultado de rebaixamento grave na primeira aplicação, para rebaixamento leve na segunda aplicação, a pontuação bruta oscilou positivamente de 11 para 16 pontos. No que se refere à fluência, a classificação permanece com comprometimento grave, porém identificou-se melhora nos resultados obtidos da pontuação bruta, de 6 para 8 pontos. No domínio linguagem alterou-se positivamente a pontuação bruta de 25 para 26 pontos. Quanto ao domínio visuoespacial notou-se melhora significativa na classificação, de grave na primeira aplicação, para normal na segunda aplicação, bem como alteração da pontuação bruta de 11 para 14 pontos, apresentando-se na classificação média esperada para sua idade e nível de escolaridade.

Tabela 6

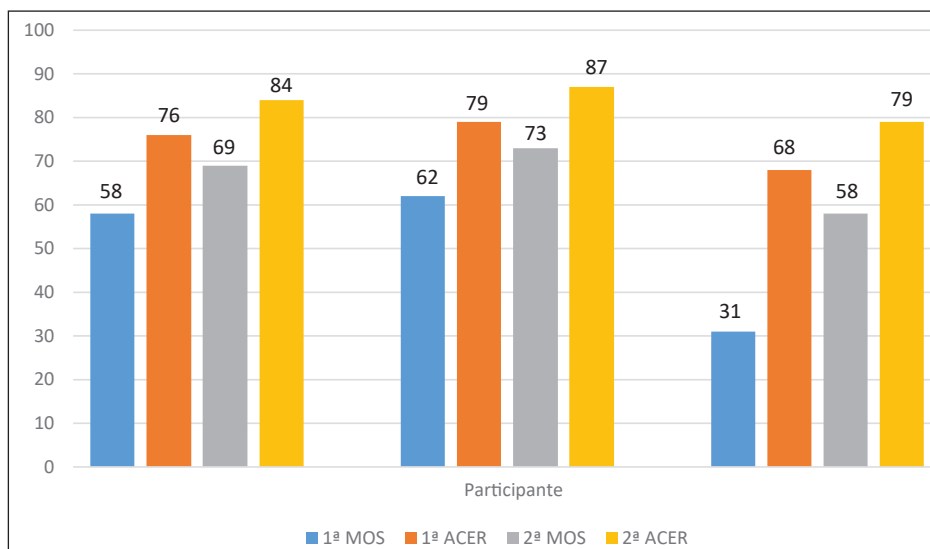
Primeira e segunda aplicação do Exame Cognitivo de Addenbrooke da participante “Z”, sexo feminino, 69 anos

Domínios	Primeira Aplicação				Segunda Aplicação			
	Pt. Bruta	Média	DP	Classif.	Pt. Bruta	Média	DP	Classif.
Atenção/Orientação	15	17,17	0,83	Leve	15	17,17	0,83	Leve
Memória	11	21,75	2,73	Grave	16	21,75	2,73	Leve
Fluência	06	12,58	1,08	Grave	08	12,58	1,08	Grave
Linguagem	25	25,33	0,98	Normal	26	25,33	0,98	Normal
Visuo-espacial	11	15,58	0,90	Grave	14	15,58	0,90	Normal
Total	68	92,42	4,56	Grave	79	92,42	4,56	Leve

O Gráfico 1 apresenta um comparativo entre escores total da Escala de Apoio Social (MOS-SSS e do Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) antes e depois do programa de estimulação cognitiva dos respectivos participantes. No que se refere a participante “B” o comparativo da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) e Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) sugere em ambos uma correlação positiva, sendo o primeiro de 58 para 69 pontos e o segundo de 76 para 84 pontos. Quanto ao participante “J” identificou-se em ambos uma oscilação positiva, sendo na Escala de Apoio Social MOS-SSS de 62 para 73 pontos e no Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) de 79 para 87 pontos. No comparativo da participante “Z” também foram obtidos resultados que endossam uma correlação positiva em ambos os instrumentos. Sendo na Escala de Apoio Social MOS-SSS de 31 para 58 pontos e no Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) de 68 para 79 pontos depois do programa de estimulação cognitiva.

Gráfico 1

Comparativo entre escores total da Escala de Apoio Social (MOS-SSS) e Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R) antes e depois do programa de estimulação cognitiva



Discussão

Os dados obtidos neste estudo sugerem melhora em todos os participantes no que diz respeito ao apoio social. Destaca-se ainda um aumento significativo na percepção de apoio emocional/informacional dos idosos, corroborando o efeito positivo das atividades e convívio grupal como um dos fatores que

contribuem para a melhora dessa percepção. Mesmo os participantes “B” e “J” que anteriormente já demonstravam uma boa percepção de suporte social obtiveram melhora após serem submetidos ao programa. Pesquisadores afirmam a importância do apoio social na velhice como fonte de regulação emocional e destacam como uma rede de apoio social bem estruturada muda qualitativamente a percepção de conforto emocional e confirmação de bem-estar subjetivo (Batistoni *et al.*, 2010).

Destaca-se ainda os resultados da participante mais idosa “Z” (69 anos de idade) com uma oscilação positiva significativa no que diz respeito ao apoio emocional/informacional. Tal percepção, refere-se a uma maior abertura para compartilhar com pessoas mais próximas como familiares e amigos suas preocupações, medos íntimos, dar e receber sugestões de como lidar com um problema pessoal e pedir informações que o ajude a compreender uma determinada situação.

Na primeira aplicação do instrumento Escala de Apoio Social (MOS-SSS), a participante relatou a dificuldade em expor seus problemas e até mesmo receber conselhos, por medo de ser mal compreendida ou incomodar as demais pessoas com suas preocupações, por isso, tinha “aprendido a viver sozinha”. Na segunda aplicação, “Z” relatou ter notado mudança na sua percepção social e maior segurança para abertura dos seus problemas com familiares e amigos mais íntimos, bem como citou o grupo de estimulação como um local de escuta para ouvi-la quando precisava falar.

No que concerne às investigações sobre como as emoções são reguladas no envelhecimento, alguns teóricos buscando melhor compreensão, têm se baseado nos dados que demonstram um aumento dos sintomas depressivos com o avançar da idade, sendo ela considerada uma variável importante, mas não por si só, uma variável causal. Fundamentando-se na diminuição do senso de controle dos eventos vivenciados pelos idosos, levando-os a uma crença de que nada adianta fazer diante das situações, acarretando déficits cognitivos e motivacionais (Batistoni *et al.*, 2010).

Por outro lado, pesquisas indicam o suporte social na velhice como um dos principais fatores no tocante à resiliência do self e a diminuição da suscetibilidade à depressão. Faz-se importante compreender que o suporte social é considerado um recurso atuante na regulação emocional e auxiliador no enfrentamento dos acontecimentos da vida. (Batistoni *et al.*, 2010).

Convém ressaltar que, apesar de a participante “Z” ter obtido melhores índices no desempenho entre a primeira e segunda aplicação dos instrumentos Escala de Apoio Social (MOS-SSS) e Exame Cognitivo de Addenbrooke (ACE-R), este continua inferior em comparativo com o empenho dos demais participantes que participaram do estudo. De modo geral, é possível notar

uma menor percepção de “Z” no que se refere a ampliação de convívio que a possibilite maior interação social, como “com quem fazer coisas agradáveis”, “com quem distrair a cabeça” e apoio afetivo “que lhe dê um abraço” e “que você ame e faça você se sentir querido”.

Apesar de apresentar um nível de escolaridade maior que os demais participantes submetidos ao programa, a participante “Z” a partir dos dados obtidos por meio de seus relatos, foi a que mais demonstrou um convívio empobrecido no que se refere as relações sociais com familiares, amigos e participação de eventos que a envolvam. Aponta-se a necessidade de estudos mais aprofundados para melhor compreensão de outros aspectos que influenciam no bem-estar básico da vida humana, como acesso à saúde, moradia digna, equilíbrio socioeconômico, lazer, entre outros.

Os indicadores deste estudo também apontam melhora no desempenho cognitivo dos participantes, como memória, fluência, linguagem e habilidade visuoespacial. O uso de caixa organizadora para guarda de documentos e objetos utilizados com frequência, uso do calendário, uso de listas no dia a dia são exemplos de como era feita a estimulação visando melhoria dos prejuízos de memória relatados por eles no desempenho das atividades da vida diária. Carvalho *et al.* (2014) apontam que programas de treino cognitivo auxiliam na preservação e melhora do desempenho de funções cognitivas, bem como pode ajudar na promoção da independência e qualidade de vida da pessoa idosa.

A literatura gerontológica afirma que a linguagem exprime relações com a identidade social daquele que a manifesta e, portanto, não pode ser vista como um fator isolado de outras funções cognitivas (Brandão *et al.*, 2014). Sugere-se que a socialização entre participantes também foi um fator contribuidor para a melhor ativação da linguagem e fluência. Visto que o programa de estimulação cognitiva ocorreu em um grupo compostos por idosos, que fornecia um ambiente estimulante aos participantes para troca de vivências, bem como a utilização da linguagem de maneira mais funcional.

A proposta deste trabalho foi investigar o impacto de um programa de estimulação cognitiva na percepção de apoio social e no desempenho cognitivo global de pessoas idosas, para tanto, buscou-se levantar alguns aspectos no que diz respeito a percepção dos idosos quanto ao apoio recebido por familiares, pessoas mais íntimas e comunidade. As evidências corroboram e reforçam para uma correlação positiva entre a percepção de apoio social e o desempenho cognitivo de idosos submetidos a um programa de estimulação cognitiva.

Este estudo apresentou algumas limitações a serem superadas posteriormente nas próximas pesquisas. A amostra estudada foi relativamente pequena, restrita geograficamente, com condição limitada no tempo, bem como uma baixa variação no nível de escolaridade para comparativo, favorecendo a

seleção de pessoas idosas saudáveis, sendo, portanto, necessária a implementação de novos estudos.

Embora nos últimos anos o número populacional de pessoas idosas tenha crescido cada vez mais, nota-se a carência quanto a programas de políticas públicas no contexto nacional que favoreçam a igualdade social e acesso a recursos de saúde que possibilitem aos idosos um envelhecimento saudável. Muito embora exista a presença de alguns programas que estimulem a população idosa para um envelhecimento mais ativo e bem-sucedido, nota-se falhas na promoção, manutenção e adequação dos projetos ao público a que se destina.

Observou-se por meio deste estudo como o ambiente de socialização proporcionado por programas de estimulação são benéficos para os idosos tanto para o suporte socioemocional quanto para o empenho da cognição. Tais benefícios advêm não somente da execução de atividades por instrução que estimulem o desempenho cognitivo em vários domínios, mas também da promoção de um ambiente que possibilita à pessoa idosa sentir-se como um ser único e especial em sua totalidade, contribuindo para o bem-estar, prevenção e manutenção de outros aspectos advindos principalmente em pessoas com mais idade, como a redução da ansiedade, estresse e depressão.

Enfatiza-se ainda a necessidade de investimento público à população idosa, por exemplo, a criação de centros especializados que recorram não prioritariamente a tratamentos secundários ou terciários de saúde, mas, voltem-se para a atenção primária, visando maior garantia de um envelhecimento digno e saudável, como também a implementação de mais pesquisas sobre o tema que possibilitem maior abrangência de amostra deste público e a validação das práticas de socialização e estimulação cognitiva de idosos como fator essencial na promoção de qualidade de vida e na garantia de um envelhecimento saudável.

REFERÊNCIAS

Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. (2010). *Sintomatologia depressiva e suporte social na velhice. Idosos e saúde mental* (pp. 53-70). [S.l.]: Papirus Editora.

Brandão, L., Lima, T. M., Pereira, N., Pagliarin K. C., & Fonseca, R. P. (2014). *Reabilitação da linguagem no idoso. Neuropsicologia Geriátrica*. (pp.301-310). [S.l.]: Artmed Editora Ltda.

Carvalho, J. A. M., & Wong, L. L. R. (2008). A transição da população etária da população brasileira na primeira metade do século XXI. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 597-605.

Carvalho, V. A., Machado, T. H., & Caramelli, P. (2014). *Reabilitação da memória no idoso. Neuropsicologia Geriátrica* (pp.301-310). [S.l.]: Artmed Editora Ltda.

Chariglione, I. P. F. & Janczura, G. A. (2013). Contribuições de um treino cognitivo para a memória de idosos institucionalizados. *Bragança Paulista*, 18, p.13-22.

Coimbra, J. F. M. (2008). *O sentimento de solidão de pessoas idosas institucionalizadas: A influência da autonomia funcional e do meio ecológico*. [Dissertação de Mestrado em Educação, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra].

Dias, E. G., Duarte, Y. A. O., & Lebrão, M. L. (2010). Efeitos longitudinais das atividades avançadas de vida diária em idosos: implicações para a reabilitação gerontológica. *O mundo da Saúde*, 34(2), 258-267.

Gomes, E. C. C., Souza S.L., Marques, A. P. O., & Leal, M. C. C. (2020). Treino de estimulação de memória e a funcionalidade do idoso sem comprometimento cognitivo: uma revisão integrativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(6), 2193-2202. Doi: 10.1590/1413-81232020256.24662018

Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 1185-1204.

Miotto, E. C., Campanholo, K. R., Serrao, V. T., Trevisari, B. T. (2018). *Manual de Avaliação Neuropsicológica*. [s.l]: Memnon.

Neri, A. L., & Vieira, L. A. M. (2013). Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 16(3), 419-432.

Organização Mundial de Saúde (2005). Organização Pan-Americana da Saúde. World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Recuperado em 5 out. 2021 em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

CAPÍTULO 12

BREVE HISTÓRICO SOBRE SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL

Alessandro Simões Marinho
Valéria Marques de Oliveira

O objetivo deste texto é refletir sobre a trajetória histórica da área de Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil, considerando a conexão entre aspectos legais e cotidianos laborais. Os marcos históricos nacionais são utilizados como eixo de estudo, e são destacados pontos relevantes da origem, desenvolvimento e aspectos contemporâneos da área de Saúde e Segurança do Trabalho (SST) no Brasil. Uma rápida incursão no início da era industrial na Europa introduz o debate, que segue pelos movimentos históricos de trabalhadores brasileiros desde o início do período Republicano, para a conquista e instituição de legislações trabalhistas no país que repercutem na caracterização do ofício.

Primeiras evidências sobre Saúde e Segurança do Trabalho

Assis (2021) apresenta apontamentos históricos que conectam os constructos trabalho e saúde. Segundo a autora, na Antiguidade já se aludia a Saúde e Segurança do Trabalho (SST), nos primórdios escravocratas. No entanto, tendo em vista a concepção de que escravos não poderiam ser considerados como cidadãos, a exposição aos riscos existentes nos ambientes de trabalho não era, ainda, aclamada. Logo, não havia uma preocupação genuína em garantir a proteção ao trabalho, visto que a mão de obra era abundante e sem cidadania.

O que se evidenciava naquele período eram alguns estudos isolados de investigação das doenças relacionadas ao trabalho, como os realizados pelo médico e filósofo grego Hipócrates (460-375 a.C.), ao descrever um quadro de “intoxicação saturnina”⁸ em um trabalhador de minas (mineiro). Nesta mesma ótica, Plínio (23-79 d.C.), O Velho, escritor romano, descreveu, em seu tratado “*De Historia Naturalis*”, as condições de saúde dos trabalhadores

8 De acordo com Assis (2021), intoxicação saturnina é o nome dado à intoxicação causada pelo chumbo.

com exposição ao chumbo e poeiras. Enquanto curiosidade, a autora infere que foi Plínio, o precursor a realizar a descrição dos primeiros equipamentos de proteção para o trabalho como a utilização de panos e membranas de bexiga de animais para o rosto, improvisados pelos escravizados como maneira de minimizar a inalação de poeiras tóxicas; além de moléstias do pulmão de trabalhadores de minas e envenenamento por conta do manuseio de compostos químicos de enxofre e zinco.

Em seguida, aponta a publicação do livro “*De Re Metallica*”, em meados do século XVI, de George Bauer, onde se denunciou problemas como o que se conhece hoje como “silicose”⁹. Relata também sobre o trabalho publicado por Bernardino Ramazzini, por volta de 1700, intitulado “*De Morbis Artificum Diatriba*”¹⁰, onde relacionou os riscos de produtos químicos à saúde dos trabalhadores de diferentes ocupações. Por sua dedicação de estudo ao tema, ficou conhecido como “Pai da Medicina Ocupacional”.

Dando um salto histórico, mais adiante, a Revolução Industrial, iniciada em meados do século XVIII, na Europa Ocidental, primeiramente na Inglaterra, proporcionou consideráveis transformações sociais, econômicas e tecnológicas no mundo do trabalho. Ao mesmo tempo, crescia o número de trabalhadores doentes e mortos devido às precárias condições de trabalho, além da submissão de mulheres e crianças a trabalhos caracterizados por exaustivas jornadas laborais, de aproximadamente dezesseis horas por dia (Assis, 2021) ou como afirma Gianotti (1943, p. 27), trabalhava-se “[...] tantas horas o patrão quisesse”.

Gianotti (1943) aponta que em Londres, capital da Inglaterra, por conta das condições de trabalho, a idade média era de 21 anos, sendo que crianças de 5 anos já trabalhavam nas indústrias em condições desumanas de trabalho. Destaca ainda que não havia nenhuma lei em favor dos trabalhadores e não se permitia qualquer forma de organização operária. Ainda no século XVIII, o movimento operário inglês foi o primeiro a se manifestar, nas tentativas de instituir movimentos reivindicationalistas, buscando, *à priori*, a diminuição das jornadas de trabalho. Por conseguinte, iniciaram lutas pelo direito a melhores salários e a organizações operárias.

Neste sentido, mesmo com as evidências da precarização, somente após sistemáticos movimentos reivindicatórios, perpassados por intensos conflitos, é que começaram a surgir as incipientes leis de proteção ao trabalho na Inglaterra. Assim, em 1802, deu-se a aprovação, por parlamentares britânicos, de diversas leis que ficaram conhecidas como “Leis das Fábricas” – *Factory*

9 Segundo Assis (2021), trata-se de uma doença pulmonar causada pela inalação da poeira de sílica – descrita como a “asma dos mineiros” -, umas das mais antigas doenças ocupacionais

10 Na tradução para a língua portuguesa: “Doenças dos Trabalhadores” (Assis, 2021).

Law, inicialmente nas indústrias têxteis, que visavam proteger crianças e mulheres no ambiente de trabalho. Entretanto, somente em 1833, definiu-se a regulamentação das inspeções nas fábricas (Assis, 2021). Já em 1844, a mesma destaca que se tornaram obrigatórios, a partir do pacote do *Factors Law*, a comunicação e investigação de acidentes de trabalho com morte, que de fato não correspondiam ao quantitativo real.

Em 1842, ocorre a primeira greve geral da história da industrialização. Momentos tensos vividos que culminou, em 1847, com a aprovação de uma lei pelo governo da Inglaterra estabelecendo um limite de 10 horas de trabalho, diárias, para o adulto, passando a vigorar no dia 1º de maio de 1848. Logo, outros países desenvolvidos como França, EUA, Bélgica, Rússia e Alemanha fomentaram os movimentos dos trabalhadores em busca de melhores condições de trabalho (Gianotti, 1943).

Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil

Seguiremos para uma breve apresentação da evolução da Saúde e Segurança do Trabalho (SST), com destaque ao período que compreende o início da República e a Era pós-Vargas, seguindo até a contemporaneidade. São descritas a instituição de algumas leis e decretos que contribuíram para a evolução legal da SST no Brasil, e peculiaridades históricas que possibilitaram, a partir de movimentos reivindicatórios do período primário da República, as conquistas para trabalhadores, em diferentes regiões do país. Conquistas que repercutem até hoje.

Neste cenário, Gomes (2018) traz um questionamento sobre a ideia de que “A História do Direito do Trabalho” apresentada pelos manuais começa somente após a Revolução de 1930, preterindo o que ocorrera nas primeiras décadas da famosa “República Velha”, compreendida no período de 1889 e 1930. Este período fundamentou o processo de conquistas legais iniciado por trabalhadores de diferentes regiões do país, com destaque para a “Greve de 1917”; a criação do Conselho Nacional do Trabalho em 1923, com a lei de acidentes de trabalho dos anos de 1917 e 1919, motivadas com as greves operárias, além de outros movimentos, como no começo do século XX, quando publicado o Decreto nº 979, de 6 de janeiro de 1903, que permitia a sindicalização dos trabalhadores do campo.

Por conseguinte, o referido autor faz uma crítica e reforça a inconsistência do “Mito da Outorga”, que vislumbra o heroísmo do Presidente da República Getúlio Vargas (Era Vargas – 1930 a 1945) e da classe patronal na instituição de legislações trabalhistas e proteção social em benefício aos trabalhadores, que ainda permanece vivo na imaginação social popular, equiparando direitos

e legislações à história dos direitos trabalhistas no Brasil durante o período varguista. Logo, defende a relevância de uma análise histográfica do período pré-Vargas para a compreensão de que, na verdade, a legislação e os direitos trabalhistas não foram resultados de ações beneficentes e unilaterais entre Estado e a classe patronal, mas, principalmente, de reivindicações, manifestações e lutas no cotidiano dos trabalhadores, no parlamento e nas ruas.

Em comunhão, Paixão (2011), retrata que um conjunto de movimentos trabalhistas e sociais contribuiu para o fim da República Velha, num processo decisivo para a formação do povo e do Estado brasileiros. Numa visão geral, o autor relata que desde a promulgação da República em 1889, a aprovação e entrada em vigor da Constituição de 1891 (Assis, 2021), o Brasil passou por um período hegemônico de um regime político, social e econômico dominado pela “política dos governadores”, por setores oligárquicos como os de São Paulo e Minas Gerais, e pelo “coronelismo” nas áreas rurais.

No Brasil, tendo em vista o atraso da chegada das primeiras indústrias têxteis (Gianotti, 1943), por volta de 1870, somente após vinte anos da instalação foi que surgiram as primeiras legislações de proteção ao trabalho (Assis, 2021). Assim, em 1891, após a promulgação da república, o Brasil instituiu o primeiro Decreto para a regularização dos trabalhos de menores de idade nas indústrias. Neste sentido, o Decreto nº 1.313 de 17 de janeiro de 1891, considerado de significativa relevância para o trabalho no país, estabeleceu providências para regularizar o trabalho dos menores empregados nas fábricas da Capital Federal (Brasil, 1891).

De acordo com Assis (2021), este Decreto fomentou a fiscalização permanente de todos os estabelecimentos onde trabalhavam menores; contudo, a fiscalização era de responsabilidade de um “inspetor geral”, que tinha direito ao livre acesso em todos estes estabelecimentos, sendo subordinado diretamente ao Ministro do Interior. A autora destaca que apesar das tentativas de melhorias nas condições de trabalho nas fábricas, o referido Decreto nunca fora cumprido, onde, somente em 1930, evidenciou-se a atuação de inspetores do trabalho.

Em meio a este cenário geral da República Velha, Gomes (2018) traz um retrato de como ocorreram os debates em torno da legislação trabalhista na Primeira República. Assim, o pesquisador destaca movimentos intensos, em favor da legislação trabalhista, já na primeira década de século XX, onde se haviam indícios de que esses trabalhadores se encontravam no limite da sobrevivência. No período pré-varguista, a experiência nas fábricas e indústrias se caracterizavam por trabalhos com as jornadas extensivas, as reduções salariais por falhas de produção, a penalização do labor através de multas, a arbitrariedade dos gestores, a intensificação das jornadas, a insalubridade nos

espaços em que as atividades eram exercidas e a precariedade da segurança no processo do trabalho.

Segundo Toledo (2017), nas primeiras décadas da República, ganhou força a participação de imigrantes operários, que trouxeram consigo, além de técnicas de trabalhos mais avançadas, histórico de engajamento reivindicatório e de lutas políticas. Em São Paulo, evidenciando o processo de industrialização que começava a crescer, a situação da classe trabalhadora era precária, facilitando, assim, a organização das ideias reivindicatórias para mudanças imediatas nas condições de trabalho.

Assim, as reivindicações nas primeiras décadas da República, organizadas por diferentes correntes (anarquistas, socialistas, comunistas), pressionaram para a instituição de leis, decretos e portarias, por melhores condições de trabalho e, consequentemente, de vida. O crescimento de pequenas manifestações grevistas, mobilizações, paralisações, movimentos internos às fábricas e indústrias, possibilitou a formação de sindicatos e associações – como a da construção civil durante a década de 1910, em Santos; dos sapateiros na capital federal; chapeleiros e gráficos, de São Paulo – que mobilizaram um considerável número de pessoas e só foram contidas diante da força da repressão policial (Gomes, 2018).

O referido autor destaca que nos primeiros anos do século passado foram criadas importantes associações em defesa dos trabalhadores. No ano de 1903, é criada a Federação de Associações de Classe. Em 1906, ocorreu o I Congresso Operário Brasileiro, com uma forte participação de São Paulo já começando a ter destaque no movimento operário brasileiro. Destaque também para a força dos anarquistas na primeira década do século XX, muito por conta da imigração em São Paulo, em um período de acelerado crescimento de seu parque industrial.

Foi esse grupo ativo que conduziu os primeiros grandes passos do movimento operário, em que a repressão policial, gerenciada por setores da oligarquia empresarial foi das mais fortes. A partir da mobilização e organização da classe trabalhadora, os movimentos desencadeados pelos anarquistas foram considerados como radicais, pela classe dos empresários. No ano de 1907, em São Paulo, as mulheres trabalhadoras, participando de atividades através de conferências, cursos noturnos de alfabetização, tomaram posição de suas lutas por seus direitos (Gomes, 2018).

Além das altas taxas de mortalidade infantil e problemas variados relacionados à saúde, essa população vivenciava horríveis condições de trabalho, sem higiene ou segurança dignas – em especial quando se observa as pequenas fábricas, situadas em locais transitórios e insalubres, sem iluminação, ventilação ou proteção para o uso das máquinas, fator de numerosos acidentes.

Uma proposta de lei, em 1912, buscava regular os acidentes por um modo mais superficial, mas que foi, ao contrário do sucedido por seus predecessores no Parlamento, submetido a estudo que se prolongou até o ano de 1919 (Gomes, 2018).

No que tange aos movimentos que perpassaram as revoltas e greves do período, Toledo (2017) destaca a Greve de 1917. A autora traz um apanhado histórico sobre as ocorrências de greves e revoltas ocorridas em São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Porto Alegre e outras cidades do Brasil, em 1917. Destaca as reivindicações, a participação dos trabalhadores e dos militantes anarquistas e socialistas nesses eventos, e a disseminação das ideias políticas, além dos primeiros impactos da Revolução Russa, no país, a partir de ideias revolucionárias que começaram a influenciar os grupos políticos e as organizações dos trabalhadores.

Na sequência, relata que as greves daquele ano tiveram um papel basilar para o desenvolvimento posterior do movimento operário e das lutas trabalhistas no Brasil. Em julho de 1917, uma greve de enormes proporções, envolvendo cerca de 100 mil trabalhadores, homens, mulheres e crianças, paralisou São Paulo e, com a violência policial e o agravamento contínuo da situação dos operários, transformou a cidade em palco de uma verdadeira revolta urbana, a ação mais organizada e fortalecida do movimento operário brasileiro, naquele período.

Dentre as reivindicações dos trabalhadores nos protestos de 1917 estavam, de forma geral: jornada de oito horas de trabalho; semana de cinco dias e meio; fim do trabalho de crianças; restrições à contratação de mulheres e adolescentes; segurança no trabalho; pagamento pontual e aumento dos salários; redução do preço dos aluguéis; libertação dos trabalhadores presos durante as greves e recontração de todos os grevistas demitidos. Essas reivindicações expressavam os interesses e necessidades dos trabalhadores e exigiam a ação tanto do Estado como dos empregadores (Toledo, 2017).

Para Toledo (2017), as reações populares do período compreendido entre 1917-1920, tiveram um papel fundamental na ampliação e politização do movimento operário em todo o mundo, e esses foram também os anos de maior mobilização dos trabalhadores na Primeira República, fundamentais para o desenvolvimento dos trabalhadores como sujeitos políticos no Brasil. As experiências dos trabalhadores na Primeira República, e em especial as do ano de 1917, foram fatos relevantes do processo de construção dos trabalhadores como sujeitos politizados, da elaboração de uma cultura dos direitos, como os direitos civis de se organizar e se associar, legitimando as associações de trabalhadores.

À greve geral de São Paulo, iniciada na fábrica de tecidos de Rodolfo Crespi, seguiram-se várias outras em diferentes locais do país. Pessoas começaram a sair às ruas para protestar e reivindicar. Mais especificamente, em São Paulo, tendo em vista a intensificação da precarização do trabalho, Toledo (2017) destaca que trabalhadores já atuavam cerca de treze horas diárias, mas com o aumento da produção industrial, estavam sendo obrigados a trabalhar até às 23h. Por conseguinte, em resistência a estas condições, centenas de trabalhadores decidiram pela paralisação do trabalho. Esses movimentos grevistas só terminaram, considerando as ocorrências noutros estados, no início de 1920.

Ainda em Toledo (2017), esta descreve, também, sobre a relevância do papel das mulheres nesses movimentos, na gestão das redes de reciprocidade, familiares e de vizinhança. Nas greves ocorridas no Brasil, as mulheres tiveram participações importantes como trabalhadoras, militantes, mães, esposas e moradoras dos bairros populares. Nesse processo, os trabalhadores vão deixando de ver o Estado somente como um inimigo ou como fonte de opressão e passam a vê-lo como um instrumento importante para a obtenção ou consolidação de conquistas, o que tem consequências importantes na reorganização posterior do movimento operário. O movimento emancipatório ganha corpo.

Dentre as conquistas do período, vale o destaque para a de 1919, no que tange à implementação da lei de acidente de trabalho. Todavia, em que pese ter sido excluída do projeto de código de trabalho pela Comissão de Legislação Social (CLS), a lei de acidentes do trabalho, acabaria tornando-se a primeira lei trabalhista de alcance nacional, porém com limites claros, já que sua aprovação ocorreu em decorrência do desmembramento de uma legislação mais ampliada, que voltaria a ser discutida na Câmara. O Decreto do Poder Legislativo nº 3.724, de janeiro de 1919, ao regulamentar a obrigação patronal de reparar a operária vítima de acidente no trabalho, no artigo terceiro, designa as áreas de serviços dos operários beneficiados pela lei, podendo-se notar ausência de determinados ramos de atuação (Toledo, 2017).

Em complemento, Assis (2021) infere que o Decreto nº 13.498, de 12 de março de 1919, que regulamentou a Lei nº 3.724 de 15 de janeiro de 1919; no tangente às obrigações resultantes dos acidentes do trabalho, em seu art. 29º, determina as condições necessárias para as sociedades de seguros serem autorizadas a operar em acidentes do trabalho, mandando submeter às mesmas à fiscalização do Ministério da Agricultura, Indústria e Comércio, sem prejuízo da fiscalização da Inspetoria de Seguros. No Decreto tornou-se obrigatório o pagamento de indenização sobre o acidente de trabalho e a comunicação da ocorrência à autoridade policial. A legislação atual proposta na Lei nº 8.213/1991 mantém como condição para caracterização do acidente

de trabalho, além do óbito, a perda para a capacidade do trabalho (Brasil, 1991; Assis, 2021) que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências, mais especificamente no Art. 22 que descreve que:

A empresa ou o empregador doméstico deverão comunicar o acidente do trabalho à Previdência Social até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, de imediato, à autoridade competente, sob pena de multa variável entre o limite mínimo e o limite máximo do salário de contribuição, sucessivamente aumentada nas reincidências, aplicada e cobrada pela Previdência Social (Brasil, 1991).

Mais adiante, já na gestão do Presidente Getúlio Vargas, tendo em vista as evidentes conquistas dos trabalhadores da “República Velha”, foi publicado o Decreto-Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943 – Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) (Brasil, 1943 & Assis, 2021). A partir deste Decreto-lei, relata Assis (2021), iniciou-se no país discussões sobre os direitos dos trabalhadores e possíveis resolutivas para os conflitos trabalhistas, argumento que vai de encontro aos relatos de Gomes (2018), quando este questiona o “Mito da Outorga”. Independentemente dos pontos de vista, a CLT consolida em um único documento as legislações sobre direito do trabalho e segurança e saúde no trabalho, regulamentando as relações individuais e coletivas (Brasil, 1943). As campanhas publicitárias até hoje mitificam um herói e apagam o movimento emancipatório popular. Dada a organização do cenário, infere-se uma intencionalidade no apagamento do posicionamento crítico e o enaltecimento dos Direitos Trabalhista ganhos de um salvador, ideia presente no imaginário popular de muitos brasileiros, esvazia-se o poder coletivo e individual e transfere-se a glória a uma imagem mitificada que reforça o paradigma paternalista e assistencialista.

Na redação inicial, a CLT instituiu o Capítulo V – Da Higiene e Segurança do Trabalho que, em 1977, teve seu título alterado para “Da Segurança e da Medicina do Trabalho.” Num primeiro momento publicado como Decreto-Lei, o conteúdo do capítulo foi recepcionado pela Constituição Federal promulgada em 1988. No entanto, vale a ressalva de que o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), inicialmente intitulado como “Serviço Especializado em Segurança e Higiene do Trabalho”, mesmo incluído na CLT através do Decreto-Lei nº 229 de 28 de fevereiro de 1967 – que alterou a CLT –, foi somente em 1972, a partir da Portaria nº 3.237 que a instituição do SESMT foi detalhada (Brasil, 1967, Brasil, 1972, Mendes & Dias, 1991 & Assis, 2021). A partir do referencial desta Portaria foi que se instituiu, no Brasil, o dia 27 de julho como o “Dia Nacional da Prevenção de Acidentes de Trabalho”.

Em reiteração, a Lei nº 6.514/1977, regulamentada pela Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978, institui as NRs, que aprovaram as primeiras 28 NRs. Mais especificamente a Norma Regulamentadora (NR) nº 4, que define o SESMT, estabelece que empresas privadas e públicas, órgãos públicos da administração direta e indireta e dos poderes Legislativos e Judiciários, e que possuem empregados regidos pela CLT, manterão, obrigatoriamente o SESMT, com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho (Brasil, 1978). Entretanto, de acordo com a mesma, a legislação da segurança no trabalho existente no Brasil, era basicamente corretiva, O foco estava nas indenizações por acidentes em detrimento da necessidade de se investigar as causas dos acidentes de trabalho.

No que tange ao dimensionamento do SESMT, este está vinculado diretamente à gradação do risco da atividade principal e ao número total de empregados do estabelecimento corporativo. Neste contexto, o SESMT deve ser composto por Médico do Trabalho, Engenheiro de Segurança do Trabalho, Técnico de Segurança do Trabalho, Enfermeiro do Trabalho e Auxiliar ou Técnico em Enfermagem do Trabalho, considerando o quadro de dimensionamento, conforme já destacado. Logo, definiu-se que os engenheiros de segurança do trabalho, os médicos do trabalho e os enfermeiros do trabalho poderiam ficar centralizados numa unidade de trabalho. Já no caso dos TST e auxiliares de enfermagem do trabalho, o dimensionamento seria realizado por canteiro de obra ou frente de trabalho.

Adentrando mais especificamente à profissão de TST, cuja proposta de pesquisa se fundamentará enquanto participantes do trabalho de investigação, vale a descrição da caracterização do regulamento da profissão de TST de acordo com a Lei nº 7.410 de 27 de novembro de 1985 e da Portaria nº 3.275 de 21 de setembro de 1989, que dispõe sobre a regulamentação e as funções exigidas para estes profissionais, respectivamente (Brasil, 1985; 1989). Considerando os objetivos do SESMT na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, os profissionais de saúde e segurança do trabalho precisam se debruçar numa série de iniciativas para o desenvolvimento de ações preventivas. Mais especificamente em relação ao TST, de uma maneira geral, este tem por atribuição identificar, avaliar e informar riscos presentes nos processos de trabalho (Inoue & Vilela, 2014).

Os conceitos de riscos e de acidentes partilhados pelo TST e pelos demais profissionais do SESMT, e gestores da empresa, têm papel determinante na proteção à saúde dos trabalhadores. Por sua vez, uma concepção reducionista por parte destes profissionais compreende os riscos como sendo fatores isolados do trabalho e têm suas bases em modelos tradicionais de estudo de agentes físicos, químicos ou biológicos presentes no ambiente; ideologia fortemente

ligada às disciplinas clássicas, como a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional. Nessa abordagem caberia aos profissionais do SESMT identificar e controlar fatores de risco pontuais, especialmente os visíveis; gerenciar o fornecimento de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs); controlar o comportamento errôneo dos trabalhadores no sentido de seu disciplinamento.

De acordo com Mendes e Dias (1991), o problema envolvendo as ações da Medicina do Trabalho é antigo. Para os autores, a fragilidade e os objetivos de e a regulação dos sistemas de assistência à saúde em prol do empresário, proporcionaram o fracasso destes serviços em benefício da Saúde do Trabalhador (ST). De acordo com Pessoa (2014), a ST rompe com a concepção dominante da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, tendo como propósito o processo saúde-doença. Tal rompimento foi potencializado pela falência dos modelos da Medicina do Trabalho e Saúde Ocupacional, o que ocasionou discussões não somente no âmbito do trabalho, como, também, nas esferas política e social. Assim, surgem novas formas de se pensar saúde mental e comportamental.

Destaca ainda, que a ST surge como uma ampliação das concepções de saúde ocupacional e medicina do trabalho, em que a saúde do trabalhador não deve ser vista com um direcionamento assistencialista, mas com uma visão integral. Segundo a autora, a ST surge no Brasil, na década de 80, em meio ao processo de Reforma Sanitária, inspirado na Reforma Sanitária Italiana.

Em comunhão, Gomez, Vasconcelos e Machado (2018), inferem que ST no Brasil é resultante de discussões e movimentos a favor da Saúde Coletiva, das décadas de 60 e 70, a partir de resquícios da Medicina Social latino-americana e influenciado significativamente pela experiência operária italiana. Como consequência, uma nova concepção da relação trabalho-saúde na esfera da saúde pública implica no desenvolvimento de ações de práticas de atenção à saúde dos trabalhadores. No entanto, ressaltam que a instituição de leis, decretos e portarias em prol da ST, no Sistema Único de Saúde (SUS), não ocorre de forma linear.

Em 1986, com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde, evidencia-se um fomento sobre o olhar para a ST (Pessoa, 2014 & Gomez *et al.*, 2018). Em seguida, partir da Constituição Federal, em 1988, e da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, onde foram divulgadas as experiências de implantação de serviços de ST, onde se vislumbrou a relevância da atenção à ST, novos obstáculos surgiram no processo de implantação do cuidado ao trabalhador, além de novas competências comportamentais e técnicas que caracterizam o mundo do trabalho cotidiano a partir do fomento da intensidade e produtividade laboral cotidiana, no atendimento das demandas mercadológicas (Gomez *et al.*, 2018).

Tais acontecimentos, provoca a necessidade de contemporâneas reflexões sobre a relação trabalho-saúde e a possível intensificação do controle da organização do trabalho sobre o trabalhador, conforme destaca Clot (2006, 2010) e Assunção e Lima (2003) ao inferirem que a redução da margem de ação do trabalhador e o impedimento do “poder de agir” do profissional que se encontra a gênese da nocividade do trabalho, afetando diretamente a saúde do trabalhador.

Considerações finais

Refletir sobre Saúde e Segurança do Trabalho (SST) a partir de uma trajetória crítica da história, nos confirma que há uma relação direta entre leitura da realidade, revolta frente às condições indignas e injustas de vida, proatividade e emancipação coletiva e mudanças sociais, culminando no aporte legislativo. Infelizmente há uma distorção no país que diferencia “lei que pega e lei que não pega”. Isto nos alerta que a criação de leis é fundamental, mas não suficiente. A proatividade deflagrada por situações extremas deve ser alimentada em situações não tão tensas, visto que há estratégias de manipulação de pessoas com ações de “mudar para não mudar”. Isto significa anunciar transformações sociais grandes, e efetivar apenas de modo parcial ou até mesmo apenas na aparência.

Quando os trabalhadores se organizam, debatem refletem sobre o contexto sócio-histórico vivido, eles posicionam-se criticamente num continente mais fundamentado e coletivamente construído e partilhado.

Saúde e Segurança são indissociáveis, pois em ambos se discute o valor da vida. Cuidar da saúde não é focar na doença, assim como valorizar a segurança não é focar apenas em números de acidentes/incidentes registrados. Cada vida importa, e é insubstituível. O atendimento legal não é suficiente para garantir a qualidade de vida e o bem-estar. É importante a tomada de consciência e o posicionamento ético-político que considera todos os trabalhadores como semelhantes, independentemente de sua função e área de atuação. O argumento se sustenta, porque antes e acima de tudo, são seres humanos.

REFERÊNCIAS

Assis, M. Q. C. de. (2021). História da Segurança e Saúde no Trabalho no Brasil e no Mundo. *Revista da Escola Nacional da Inspeção do Trabalho*, (Ano 5).

Assunção, A. Á., Lima, F. de P. A. (2003). A contribuição da Ergonomia para a identificação, Redução e Eliminação da Nocividade do Trabalho. Em Mendes, R. (Org.). *Patologia do Trabalho*. (pp. 1768-1789). Rio de Janeiro: Ed. Atheneu.

Brasil. (1891). *Decreto nº 1313 de 17 de Janeiro de 1891*. Coleção de Leis do Brasil 1891 (Vol. 4, p. 326). Recuperado em 13 maio de 2022 em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1313-17-janeiro-1891-498588-norma-pe.html>.

Brasil. (1919, jan. 18). Decreto nº 3724 de 15 de Janeiro de 1919. Regula as obrigações resultantes dos acidentes no trabalho. *Diário Oficial da União*: Seção 1, p. 1013. Recuperado em 14 maio de 2022 em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-3724-15-janeiro-1919-571001-publicacaooriginal-94096-pl.html>.

Brasil. (1919, jan. 18). Lei nº 8213 de 24 de Julho de 1991. *Diário Oficial da União*: Seção 1, p. 1013 (Publicação Original). Recuperado em 11 maio 2022 em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1313-17-janeiro-1891-498588-publicacaooriginal-1-pe.html>.

Brasil. (1967). *Decreto-Lei nº 229 de 28 de Fevereiro de 1967*. SESMT e CIPA. Recuperado em 11 maio 2022 em <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEL&numero=229&ano=1967&ato=dc6ETUq50MZRVTTdda>.

Brasil. (1972, ago. 2). Portaria nº 3.237 de 27 de julho de 1972. Regulamenta a função técnica em Segurança e Medicina do Trabalho. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 25 maio 2022 em https://www.protecao.com.br/upload/protecao_galeriaarquivo/971.pdf.

Brasil. (1973, ago. 9). Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. *Diário Oficial da União*. Brasília: República Federativa do Brasil. Recuperado em 24 abr. 2022 em <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1940-1949/decreto-lei-5452-1-maio-1943-415500-publicacaooriginal-1-pe.html>.

Brasil (1978). *Portaria nº 3.214 de 8 de junho de 1978*. Aprova as Normas Regulamentadoras – NR – do Capítulo V, Título II, da Consolidação das Leis do Trabalho, relativas à Segurança e Medicina do Trabalho. Recuperado em 27 maio de 2022 em https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9CFA236F73433A3AA30822052EF011F8.proposicoesWebExterno1?codteor=309173&filename=LegislacaoCitada.

Brasil. (1985). Lei nº 7410 de 27 de novembro de 1985. Dispõe sobre a Especialização de Engenheiros e Arquitetos em Engenharia de Segurança do Trabalho, a Profissão de Técnico de Segurança do Trabalho, e dá outras Providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Recuperado em 16 maio de 2022 em planalto.gov.br.

Brasil. (1989, set. 22). Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.275, de 21 de setembro de 1989. Define as atividades do Técnico de Segurança do Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. (pp. 16966-16967). Recuperado em 14 maio de 2022 em <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=181193>.

Brasil. (2003, dez. 10). Instrução Normativa DC/INSS nº 98, de 5 de dezembro de 2003. Aprova Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 13 jun. 2022 em <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=75579#:~:text=Art.,Dist%C3%BArbios%20Osteomusculares%20Relacionados%20ao%20Trabalho>.

Brasil. (2008, maio 30). Ministério do Trabalho e Emprego. Gabinete do Ministro. Portaria nº 262, de 29 de maio de 2008. Regulamenta o exercício da profissão do Técnico de Segurança do Trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF. (p. 118). Recuperado em 23 abr. 2022 em [https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=207848#:~:text=Estabelece%20que%20o%20exerc%C3%ADcio%20da,DE%2008%2F11%2F2021\)%3A](https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=207848#:~:text=Estabelece%20que%20o%20exerc%C3%ADcio%20da,DE%2008%2F11%2F2021)%3A).

Brasil (2017). *Adoecimento mental e trabalho: a concessão de benefícios por incapacidade relacionados a transtornos mentais e comportamentais entre 2012 e 2016*. Brasília, DF: Ministério da Fazenda. Recuperado em 2 jun. 2022 em <http://sa.previdencia.gov.br/site/2017/04/1%C2%BAboletim-quadrimestral.pdf>.

Clot, Yves. (2006, dez.). Entrevista: Yves Clot. Entrevistado por: Leny Sato, Henrique Caetano Nardi, Dulce Helena Penna Soares, Maria Chalfin Coutinho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, 9(2), 99-107. Recuperado em 27 abr. de 2022 em bvsalud.org.

Clot, Yves. (2010). *Trabalho e poder de agir*. Belo Horizonte: Fabrefactum.

Gianotti, Vito (2007). *História das lutas dos trabalhadores no Brasil*. (pp. 25-57). Rio de Janeiro: Mauad X.

Gomes, E. C. *O Conselho Nacional do Trabalho: uma análise de sua relação com o movimento operário da época e a imprensa*. [Dissertação de Mestrado em História, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da universidade de São Paulo]. (pp. 16-45, 257 p.). São Paulo.

Inoue, K. S. Y., Vilela, R. A. de G. (2014). O poder de agir dos Técnicos de Segurança do Trabalho: conflitos e limitações. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, São Paulo, 39(130), 136-149. Recuperado em 24 abr. 2022 em <https://www.scielo.br/j/rbso/a/gBSFydKmBL44rqMV9D4p7Pm/?lang=pt&format=pdf>.

Lima, M. E. A. L., Trindade, I. B. (2018). O sentido do trabalho no contexto da atividade do catador de material reciclável: um estudo de caso. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 21(1), 33-43. Recuperado em 13 maio 2022 em <https://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/146393>.

Mendes, R., Dias, E., C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 25, 341-349. Recuperado em 2 set. 2022 em <https://www.scielo.br/j/rsp/a/VZp6G9RZWNNhN3gYfKbMjvd/abstract/?lang=pt>.

Minayo, G., C., Vasconcellos, L. C. F. de; Machado, J. M. H. (2018). Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), 1963-1970. Recuperado em, 2 set. 2022 em <https://www.scielo.br/j/csc/a/DCSW6mPX5gXnV3TRjfZM7ks/?lang=pt>

Paixão, C. (2011, 2º sem.). Direito, política, autoritarismo e democracia no Brasil: da Revolução de 30 à promulgação da Constituição da República de 1988. *Araucaria – Revista Iberoamericana de Filosofia, Política y Humanidades*, 13(26), 146-169.

Pessoa, Y. S. R. Q. (2014). *Agricultura Familiar: uma perspectiva da qualidade de vida do produtor rural orgânico da Paraíba*. [Tese de doutorado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes]. (pp. 18-24).

Toledo, E. (2017, maio/ago.). Um ano extraordinário: greves, revoltas e circulação de ideias no Brasil em 1917. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, 30(61), 497-518, maio-agosto 2017. Recuperado em 23 jul. 2022 em <https://www.scielo.br/j/eh/a/4pzvZkq8Cmf54NrbCfC7pCD/abstract/?lang=pt>

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abstinência 103, 104, 105, 106, 111, 119, 150

Aceitação e compromisso 15, 16, 23, 27, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 72, 73, 76, 81, 96, 97, 99

Acidentes de trabalho 223, 229

Addenbrooke 209, 210, 211, 213, 214, 215, 217

Ansiedade 16, 29, 30, 31, 36, 42, 56, 57, 75, 76, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 92, 94, 96, 97, 99, 105, 106, 108, 114, 115, 123, 125, 132, 135, 136, 138, 139, 143, 144, 145, 160, 218

Atenção psicossocial 148, 149, 152, 154, 156, 158

Autocuidado físico 27, 28

Avaliação neuropsicológica 160, 161, 171, 173, 220

C

Comportamento agressivo 123, 124, 134

Comprometimento cognitivo 160, 161, 169, 219

Correlação positiva 215, 217

D

Dependência química 101, 111, 112, 114, 117, 118, 119, 120, 122, 138

Desempenho cognitivo 176, 178, 207, 208, 217, 218

Desfusão 17, 22, 30, 31, 32, 33, 40, 79, 87, 90, 92, 94

Diário do sono 20, 21, 22, 29

Distúrbios do sono 18, 19, 37

E

Envelhecimento saudável 207, 208, 218

Esquiva experiencial 19, 24, 31, 40, 41, 49, 67, 69, 76, 78, 87, 88, 89, 93

Estimulação cognitiva 207, 208, 209, 210, 211, 212, 215, 217, 219

Estresse crônico 124, 125

F

Flexibilidade psicológica 16, 17, 20, 22, 32, 33, 34, 35, 41, 60, 63, 66, 69, 71, 79, 80, 92, 93, 94

Frustração 31, 101, 106, 107, 108, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 134

G

Gravidade da insônia 17, 19, 23

H

Habilidades sociais 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 192, 202, 203, 204

I

Inflexibilidade psicológica 19, 24, 25, 40, 69, 78, 79, 87

Insônia 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 61

Inteligência verbal 161, 162

Interação social 131, 132, 189, 209, 212, 213, 217

M

Medicina do sono 15, 16, 33, 35, 37

Memória episódica visual 169, 171

Mindfulness 21, 22, 29, 30, 31, 32, 40, 41, 45, 46, 47, 48, 52, 53, 64, 68, 77, 82, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

Movimento operário 222, 225, 226, 227, 234

N

Neurociências 3, 4, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 186, 203, 243

O

Oscilação positiva 211, 212, 213, 215, 216

P

Paralisia cerebral 189, 192, 193, 200, 202, 203, 204, 205

Parentalidade 52

Políticas públicas 118, 147, 148, 149, 218, 242

Processo ensino-aprendizagem 176, 178, 179

Processo terapêutico 19, 20, 26, 44, 53, 54, 67, 69, 70, 81, 87, 88, 89, 90

Psicopedagogia escolar 175, 178, 180, 243

Q

Qualidade de vida 23, 33, 34, 76, 93, 99, 135, 136, 192, 201, 202, 207, 208, 217, 219, 231, 235

R

Reforma psiquiátrica 147, 148, 154, 156, 157, 158

Relação terapêutica 33, 76, 77, 93, 95

Relações interpessoais 115, 131, 135, 136, 142, 143, 144

S

Saúde mental 91, 99, 137, 145, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 173, 219, 230, 242

Saúde ocupacional 230

Segurança do trabalho 221, 223, 228, 229, 231, 232, 233, 234, 242

Sensações corporais 83, 86

Sistema nervoso 104, 124, 177, 184, 189

Sofrimento mental 147, 153, 156, 157

Substâncias psicoativas 101, 103, 104, 105, 106, 107, 111, 114, 115, 116, 120, 145, 147, 148, 156, 157, 158

T

Tarefa de casa 21, 22, 29, 30, 31, 46, 47, 49, 52, 53, 56, 59, 84, 86, 195

Terapia de aceitação 15, 16, 23, 27, 33, 35, 36, 37, 39, 40, 43, 72, 73, 76, 96, 97, 99

Transtorno do espectro autista 189, 192, 193

Transtornos mentais 95, 102, 117, 125, 156, 157, 158, 202, 233

Treino discriminativo 189, 191, 193, 197, 200, 201

V

Violência 123, 125, 126, 127, 130, 141, 152, 226

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SOBRE AS ORGANIZADORAS E AUTORES(AS)

Organizadoras

Hérica Landi de Brito

Pós-Doutora pelo Programa de Pós-Graduação stricto sensu em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), com Área de concentração em Psicologia da Saúde. Graduada em Psicologia (Licenciatura e Bacharelado) pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2009) e pós-graduada em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (2013). Possui experiência na docência e gestão do Ensino Superior em nível de graduação e pós-graduação lato sensu e na atuação em dois programas de mestrado profissionais. Coordenadora do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Editora-chefe da Revista Psicologia em Ênfase (ISSN 2675-6994). Avaliadora do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (BASIS)/INEP. Pesquisadora vinculada ao grupo de pesquisa Aprendizagem e Cultura Organizacional na Contemporaneidade: narrativas dialógicas emancipatórias da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ/CNPq) e ao de Sustentabilidade e Desenvolvimento Regional no contexto de mudanças climáticas (UNIALFA/CNPq). Pesquisadora associada ao Instituto de Ciência, Tecnologia e de Inovação Sustentável Global (ICT Sustentável Global). Vice-coordenadora do Grupo de Trabalho "Intervenções Psicossociais, emancipação e saúde em contextos organizacionais" da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP).

Lorrane Ribeiro de Souza

Graduada em Psicologia pelo Centro universitário Alves Farias (UNIALFA). Mestra em Ciências Biológicas: Neurociências pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: psi.lorranesouza@outlook.com

Autores

Alessandro Simões Marinho

Doutorando em Psicologia (UFRRJ) com foco no campo da Saúde e Segurança do Trabalho. Mestre em Psicologia (UFRRJ). Especialização em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Cândido Mendes-RJ. Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Salesiano de São Paulo (UNISAL-SP). E-mail: aless.simoes@gmail.com

Aline Rocha de Sousa Ramos

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). Pós-Graduada em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) pelo Child Behavior Institute of Miami (CBI of MIAMI). Psicóloga Clínica. E-mail: alinerochapsy@gmail.com

Ana Carolina Aquino de Sousa

Doutoranda em Psicologia pela Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES). Mestra em Psicologia pela PUC-GO. Especialista em Terapia Comportamental pela PUC GO. Professora do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA). E-mail: aquinopsy@gmail.com

Ana Lourdes de Castro Schiavinato

Psicóloga Clínica. Especialista em Saúde Mental (UFG). Especialista em Docência Superior. Supervisora Clínico Institucional. Especialista em Abordagem Psicossocial e articulação em Políticas Públicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Mestranda em Políticas Públicas de Saúde na Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) Brasília. E-mail: analourdeschiavinato@gmail.com

Carlos Alberto Schettini Pinto

Mestre em Operações Militares (ESAO, 2002); Master in Business Administration em Logística Empresarial (CEFETRJ, 2004), Mestre em Engenharia de Produção e Sistemas, e pós-graduando em Educação Tecnológica, ambas pelo CEFETRJ (2019). Atualmente atua como docente e pesquisador do NeuroMil no CEP/FDC. E-mail: schettini.buco@gmail.com

Cristina Novikoff

Doutorado em Educação: Psicologia da Educação – PUCSP; Mestrado em Educação – UERJ; Professora do Centro de Estudos de Pessoal e Forte Duque de

Caxias – CEP/FDC, nos PPG lato e stricto sensu. Colaboradora do Laboratório do Grupo de Estudos e Pesquisas em Representações Sociais na/para Formação de Professores – LAGERES/UFCG/DGPCNPq; Líder do grupo de pesquisa NeuroMil: da formação ao combate (PROPESQUISA2022/CADESM/EB).
E-mail: cristina.novikoff@gmail.com

Izabella Cristina Carneiro Vaz

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA).
Pós-graduanda em Terapia Cognitivo Comportamental pela PUC-RS.
E-mail: izabellacvaz@gmail.com

Jhessyca Aline Rodrigues Franco

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA).
Pós-Graduanda em Autismo pela FAVENI. Trabalha em clínica com metodologia ABA em crianças com TEA.
E-mail: jhessycaalinefranco@gmail.com

João Paulo Moreira Di Vellasco

Psicólogo. Especialista em Neuropsicologia. Professor do curso de Psicologia no Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA).
E-mail: joaovellasco50@gmail.com

Marcio Vieira Xavier

Mestre em Humanidades em Ciências Militares pelo CEP/FDC, especialização em Psicopedagogia Escolar pelo CEP/FDC, Administração de Empresa pela FGV e está se especializando em neuroeducação pela UNINTER. É aperfeiçoado em Operações Militares pela EsAO e graduado em Ciências Militares (Artilharia) pela AMAN. Atualmente atua como docente e pesquisador do NeuroMil no CEP/FDC.
E-mail: marciovx1260@gmail.com

Maria Virgínia de Carvalho

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG).
Mestra em Psicologia Experimental pela Universidade de Brasília (UnB).
Professora na graduação do curso de psicologia do Centro Universitário Alves Faria – UNIALFA.
E-mail: mvcarvalho20@hotmail.com

Natália Fraporti Rosmann

Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Especializando em TCC pelo InTCC.
E-mail: natirosmann@gmail.com

Rosa Maria Martins de Almeida

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestrado e Doutorado em Ciências Biológicas: Fisiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Pós-Doutorado na Tufts University (Boston, USA) na área de Neuropsicofarmacologia.

E-mail: rosa_almeida@yahoo.com

Ruama Silva de Queiroz

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário de Anápolis (Unievangélica). Pós-Graduada em Terapias Comportamentais Contextuais pelo Instituto Goiano de Análise do Comportamento. Psicóloga clínica.

E-mail: ruamaamapsicologia@yahoo.com

Sergio Pavanelli Trindade

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará (2013) e psicólogo no Exército Brasileiro (EB) desde 1997. Possui experiência como docente de nível superior e de especialização. Foi o primeiro psicólogo a atuar na Missão de Paz da ONU no Haiti (MINUSTAH), sendo o responsável pelo acompanhamento psicológico dos militares brasileiros designados para aquela missão. Atualmente atua como docente e pesquisador do NeuroMil no CEP/FDC.

E-mail: sergiopavanellitrindade@gmail.com

Thâmila Alexandra Moreira Silva de Melo

Graduada em Psicologia pelo Centro Universitário Alves Faria (Unialfa).

Tigernaque Pergentino de Sant'ana Junior

Mestre em Humanidades em Ciências Militares pelo CEP/FDC, especialização em Coordenação Pedagógica pelo CEP/FDC e Operações na Selva pelo CIGS. É aperfeiçoado em Operações Militares pela EsAO e graduado em Ciências Militares (Infantaria) pela AMAN. Atualmente é aluno do curso de Doutorado do Instituto Meira Mattos da ECEME. Atualmente atua como docente e pesquisador do NeuroMil no CEP/FDC.

E-mail: tigermbox@hotmail.com

Ueliton dos Santos Gomes

Graduado e Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Professor do Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA).

E-mail: usgomes@gmail.com

Valéria Marques de Oliveira

Professora Doutora no Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ). Psicologia pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização

SOBRE O LIVRO

Tiragem: Não comercializada

Formato: 16 x 23 cm

Mancha: 12,3 x 19,3 cm

Tipologia: Times New Roman 10,5/11,5/13/16/18

Arial 8/8,5

Papel: Pólen 80 g (miolo)

Royal Supremo 250 g (capa)

Editora CRV - Proibida a impressão e/ou comercialização