

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA

RELAÇÃO ENTRE RESPOSTA DE ESQUIVA E CRENÇAS DE
INCAPACIDADE E DEPENDÊNCIA: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

LUIINNE FERREIRA FERNANDES DE SOUZA

Santo Antônio de Jesus/ Bahia

Agosto de 2022

LUIINNE FERREIRA FERNANDES DE SOUZA

RELAÇÃO ENTRE RESPOSTA DE ESQUIVA E CRENÇAS DE
INCAPACIDADE E DEPENDÊNCIA: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

Artigo apresentado como requisito final para conclusão do Estágio Supervisionado de Ênfase II do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Professor Supervisor: Prof.^a Dr.^a Jeane Saskya C. Tavares

Período: Abril de 2022 a Dezembro de 2022

Santo Antônio de Jesus/ Bahia

2022

LUINNE FERREIRA FERNANDES DE SOUZA

RELAÇÃO ENTRE RESPOSTA DE ESQUIVA E CRENÇAS DE
INCAPACIDADE E DEPENDÊNCIA: ANÁLISE DE UM CASO CLÍNICO

Artigo apresentado como requisito final para conclusão
do Estágio Supervisionado Específico de Ênfase II do
Curso de Psicologia da Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia.

Área de concentração: Centro de Ciências da Saúde

Data da defesa: 15 de dezembro de 2022.

Aprovado em 15 de dezembro de 2022

Resultado: 10

BANCA EXAMINADORA

Jeane Saskya Campos Tavares – Orientadora

Psicóloga – Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Docente – Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

Inayara Oliveira de Santana

Psicóloga – Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba
(UFPB). Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Sayuri Miranda de Andrade Kuratani

Psicóloga - Mestra em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade Federal da
Bahia (UFBA)

Psicóloga do Serviço de Psicologia - Centro de Ciências da Saúde, Universidade
Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Dedico esse trabalho às pessoas que estiveram ao meu lado e apoiaram as escolhas que me trouxeram até aqui: Cristiane (mãe), Antônio Luiz (Pai), Isabella (irmã de outra vida) e Fábio (cunhado). Também aproveito esse espaço para agradecer aos meus amigos que acreditaram em mim, mesmo nos momentos em que eu havia desistido: Dafne, Douglas, Juliana e Vanessa. Sempre serei grata pelo apoio de cada um de vocês. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Muito obrigada é tudo que eu tenho a dizer e esse texto é meu jeito de agradecer. Primeiro, a minha família que me apoiou, me escutou e esteve lá por mim todos esses anos, me acalmando e fazendo eu me sentir menos sozinha, mesmo quando a única forma de contato era uma ligação ou uma mensagem. Em especial, meus pais que deram todo o suporte, financeiro e afetivo, que eu tanto precisei ao longo de toda a graduação. O meu pai, por respeitar meu espaço e minhas escolhas em relação ao meu futuro, a minha mãe por me fazer rir toda vez que eu chorava por algum motivo que parecia enorme e ela com seu jeito engraçado me fazia ver que por mais que as coisas pareçam sem saída, sempre tem um jeito. Os dois me ensinaram a ser forte e por ter essa força, que eu cheguei até aqui.

Aos meus amigos que sofreram recebendo trezentos áudios em que eu duvidava de mim mesma e dizia que as coisas não iam dar certo, agradeço por toda compreensão, todas as palavras de incentivo e as risadas. Obrigada pelas madrugadas de desabafo, as ligações de horas e as noites de filmes, para aliviar a ansiedade e refrescar a mente. Obrigada também a Karolina, minha grande parceira de luta nessa reta final, por todo o apoio e as ligações por Skype, em que a gente tentava se consolar enquanto escrevíamos os nossos TCC.

Ao professor Marcelo, que me ajudou a recuperar minha saúde mental e encontrar meu caminho de volta para mim mesma. A professora Inayara, por me desafiar a construir um dos trabalhos mais difíceis da minha graduação, mas também um dos que mais trouxe orgulho e satisfação, pois me ensinou que eu sou mais capaz do que eu acreditava ser. A Jeane, por acreditar em mim, por me convidar para participar das suas extensões, por me ensinar os conhecimentos que eu guardo como mais preciosos e por ser uma supervisora que me permitiu cometer erros, acolheu as dúvidas e me ajudou a crescer muito como futura psicóloga.

Por fim, agradeço as minhas colegas de estágio, por ajudarem a tornar o momento das supervisões mais acolhedor. Aos meus pacientes, por depositarem confiança na minha atuação e no compromisso fincado. A todas as pessoas que de alguma forma contribuíram positivamente para que fosse possível continuar seguindo diante dos empecilhos. E citando Lenine, se a gratidão realmente for a memória do coração, então sei que vou carregar, com carinho, cada um de vocês.

“Eu fiz meu próprio caminho e meu caminho me fez”.

- Emicida

RESUMO

As experiências de vida que constituem a história de cada sujeito são perpassadas por diversas singularidades que vão constituindo quem somos e como enxergamos o mundo que nos cerca. Os impactos de acontecimentos da infância e das dinâmicas familiares influenciam na forma que conseguimos nos organizar na vida adulta e relacionam-se com a origem das crenças centrais presentes no modelo cognitivo que dita os pensamentos automáticos, gerando sentimentos e respostas comportamentais que podem ser adaptativas ou desadaptativas. Nesse contexto, os transtornos associados à ansiedade, como o transtorno de ansiedade generalizada, estão relacionados a respostas mal adaptativas referentes à algumas crenças acerca da realidade. Destaca-se então que o caso clínico descrito neste artigo se trata de uma mulher negra, que convive com a condição crônica do câncer de mama e apresenta um possível caso de TAG, sendo analisado a relação desses fatores com o desenvolvimento de alguns de seus pensamentos disfuncionais. Este artigo tem como objetivo geral apresentar uma construção, utilizando como base a Terapia Cognitiva Comportamental, da análise de um caso clínico com sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), com a presença de esquemas de dependência e incapacidade, relacionados a uma criação familiar restritiva, com baixo desenvolvimento de autonomia. Como objetivos específicos, busca-se descrever e analisar as principais técnicas utilizadas para alcançar as metas estabelecidas pela paciente, a fim de alcançar novos passos na melhora da sua qualidade de vida. O processo terapêutico em questão, utilizou como principais estratégias o fortalecimento da aliança terapêutica através da criação de vínculo, compreensão empática do quadro apresentado pela paciente e modificação de suas crenças disfuncionais, utilizando como principal ferramenta a psicoeducação. Os resultados obtidos foram: flexibilização cognitiva, maior repertório para lidar com os sintomas ansiosos e retomada de algumas atividades que a paciente não se sentia mais capaz de realizar, associadas ao uso da habilidade de exercício da autonomia e dependência.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental; Transtornos de Ansiedade; Crença de Incapacidade; Crença de Dependência; Condição crônica.

ABSTRACT

The life experiences that make up the history of each subject are permeated by various singularities that constitute who we are and how we see the world around us. The impacts of

childhood events and family dynamics influence the way we organize ourselves in adulthood and are related to the origin of core beliefs present in the cognitive model that dictates automatic thoughts, generating feelings and behavioral responses that may be adaptive or maladaptive. In this context, anxiety-related disorders, such as generalized anxiety disorder, are related to maladaptive responses to some beliefs about reality. The clinical case described in this article is a black woman who lives with the chronic condition of breast cancer and presents a possible case of GAD, being analyzed the relationship of these factors with the development of some of her dysfunctional thoughts. The general objective of this article is to present a construction, using Cognitive Behavioral Therapy as a basis, of the analysis of a clinical case with symptoms of Generalized Anxiety Disorder (GAD), with the presence of dependency and incapacity schemas, related to a restrictive family upbringing, with low development of autonomy. As specific objectives, it seeks to describe and analyze the main techniques used to reach the goals set by the patient, in order to achieve new steps in the improvement of her quality of life. The therapeutic process in question used as main strategies the strengthening of the therapeutic alliance through the creation of bonds, empathic understanding of the patient's condition, and the modification of her dysfunctional beliefs, using psychoeducation as the main tool. The results obtained were: cognitive flexibility, increased repertoire to deal with anxious symptoms, and resumption of some activities that the patient no longer felt able to perform, associated with the use of the ability to exercise autonomy and dependence.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy; Anxiety Disorders; Disability Belief; Dependency Belief; Chronic condition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1: Gráfico de Intensidade das Emoções	20
Quadro 2: Exemplo de Registro de PANS	22
Quadro 3: Exemplo da Aplicação da Seta Descendente	25
Quadro 4: Exemplo De Questionamento Socrático	26
Figura 1: Conceituação Cognitiva (Crença De Incapacidade)	30
Figura 2: Figura 2: Conceituação Cognitiva (Crença De Dependência)	31

|

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO	15
2.1. HISTÓRIA DE VIDA E QUADRO CLÍNICO ATUAL	16
3. PROCESSO PSICOTERÁPICO	18
3.1. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS	19
3.1.1. ALIANÇA TERAPÊUTICA	19
3.1.2. ESCALA DE INTENSIDADE DE EMOÇÕES	20
3.1.3. PSICOEDUCAÇÃO	20
3.1.4. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO E QUESTIONAMENTO DE PAN'S	21
3.1.5. GENOGRAMA E LINHA DO TEMPO	22
3.1.6. TREINAMENTO DE RELAXAMENTO - RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA	23
3.1.7. TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS - ASSERTIVIDADE	24
3.1.8. SETA DESCENDENTE	25
3.1.9. QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO	26
4. CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA	27
5. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
7. REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES	37
ANEXOS	40

1. INTRODUÇÃO

O presente artigo é uma construção a partir das experiências do Estágio Supervisionado específico I e II da Ênfase II, do curso de Psicologia, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no Ambulatório de Atenção Psicológica as pessoas que vivem com condições Crônicas (APC), na cidade de Santo Antônio de Jesus, Bahia, durante o período de abril de 2022 a dezembro de 2022.

O APC foi implantado em 2013, através do trabalho da professora Dr^a Jeane Saskya Campos Tavares com a proposta de ofertar um serviço de atendimento psicológico gratuito às pessoas que vivem com condições crônicas de saúde, seus familiares e/ou cuidadores. O atendimento é realizado no Serviço de Psicologia da UFRB, que funciona como Clínica Escola, pois também tem como objetivo proporcionar aos alunos a possibilidade de desenvolver conhecimento prático (TAVARES *et al*, 2022).

A abordagem utilizada foi a Terapia Cognitiva Comportamental – TCC, buscando o desenvolvimento de habilidades auxiliares ao processo de reestruturação cognitiva, tendo como principal estratégia a psicoeducação. As supervisões e a realização dos atendimentos tiveram como endereço o Serviço de Psicologia, localizado no Centro de Ciências da Saúde – CCS/UFRB. O APC possui um público restrito, com foco principal no atendimento de pessoas com condições crônicas, incluindo-se processos de luto. Ademais, por se tratar de um serviço que funciona de forma gratuita, tem como prioridade atender a populações de baixa renda.

O caso clínico A construção desse artigo foi fundamentada a partir de um caso clínico que trata-se de Catarina, uma mulher adulta, negra, que vive com a condição crônica derivada do seu diagnóstico de câncer de mama, que no momento presente já havia sido considerado como curado, e apresentando queixa de ansiedade elevada, com sintomas que sugeriam um possível transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Essa condição, posteriormente, foi associada a um padrão familiar de educação com baixa possibilidade de desenvolvimento da autonomia da paciente. Esse contexto reverberou em questões que prejudicavam, dentre outras coisas, a sua capacidade de tomada de decisões e de se perceber como sujeito independente, em diferentes âmbitos da sua vida.

O quadro clínico da paciente também se relacionava com uma condição crônica, portanto é necessário entender as repercussões do sofrimento crônico na vida de Catarina. Entendemos que os significados e crenças sobre saúde e doença são construídos a partir de

múltiplas variáveis como: contexto social, condição econômica, raça/cor, faixa etária, gênero, entre outros.

Uma das principais definições que caracterizam uma condição crônica é o tempo da doença. Na maioria dos casos, essa condição torna-se inerente à vida dos sujeitos acometidos pela enfermidade, o que significa dizer que podem estar presentes ao longo de uma vida inteira. Desse modo, é possível que ocorra um processo em que a condição crônica passa a ser naturalizada como parte de uma organização no modo de vida, passando a modificar perspectivas e influenciando na construção de identidade própria (SILVA *et al*, 2015).

Apesar de, por vezes, serem utilizados como sinônimos, o conceito de condição crônica é utilizado como um guarda-chuva que abarca diferentes os diferentes aspectos que se associam as doenças crônicas, como foi citado no parágrafo anterior, as mudanças nos modos de vida e a relação estabelecida com o entendimento de saúde e doença (FREITAS e MENDES, 2007). Ademais, o conceito de condições crônicas também se refere a doenças infecciosas persistentes, condições ligadas a maternidade, transtornos mentais com incidência de longo prazo, deficiências físicas e estruturais, entre outros exemplos associados a um sofrimento crônico, sendo contínuo e podendo durar até o fim da vida (MENDES, 2012)

Segundo Taddeo *et al* (2012) é característico do processo de viver com uma condição crônica a ocorrência de perdas, disfunções e modificações nas dinâmicas presentes no cotidiano. Em resposta a essa experiência, o sujeito se torna suscetível a comprometimento de sua saúde mental, uma vez que, o sofrimento crônico é um fator estressor relevante associado a questões como alteração da imagem corporal e mudanças na expectativa de vida dentre outros.

Desse modo, transtornos associados à ansiedade podem surgir ou se intensificar em resposta ao sofrimento crônico e o desenvolvimento ou ativação de esquemas cognitivos que são desadaptativos para o sujeito. É relevante destacar que a ansiedade, por si, não é um estado prejudicial para o indivíduo, Leahy (2009) aponta a ansiedade como uma resposta adaptativa do ser humano, com a função de garantir maiores chances de sobrevivência ao acionar o estado de alerta diante de situações com potencial perigoso. Numa perspectiva evolutiva o ser humano necessita do medo, os transtornos de ansiedade surgem, quando o medo atinge níveis e situações desproporcionais ao que seria considerada uma resposta apropriada (LEAHY, 2009).

Segundo Beck (1997, p.87) “pessoas com transtornos psicológicos [...], com frequência, interpretam erroneamente situações neutras ou até mesmo positivas e, desse modo, seus pensamentos automáticos são tendenciosos”. Sendo assim, é possível entender que a ansiedade está associada às crenças centrais do sujeito. Essas crenças (esquemas), por sua vez, são responsáveis pela forma que as novas informações, adquiridas por meio das experiências de vida, são interpretadas com base nas regras que ditam a forma que o sujeito se porta e entende o seu contexto (KNAPP, 2009). Logo, por ser um processo inerente à subjetividade de cada, além da história de vida, também se faz importante avaliar aspectos como social, econômico, cultural, gênero e raça/cor.

Contudo, ao mesmo tempo que se constituem como processos pessoais, e por isso, muito próprio da experiência individual de viver a sua realidade. Young, Klosko e Wheishaar (2008) apontam que existiriam pontos convergentes em relação às necessidades do sujeito. Segundo esses autores, todo ser humano carece de necessidades que seriam universais, associadas a satisfação emocional, sendo elas: vínculos seguros, autonomia, liberdade de expressão e validação, espontaneidade e limites realistas. Quando essas necessidades não são supridas, existe uma maior chance de desenvolvimentos de esquemas mal adaptativos.

Quando há a presença de uma psicopatologia, os esquemas são constituídos com a presença elevada de distorções cognitivas ou distorções de pensamentos. Nesse caso, o comum é que o sujeito tenha interpretações errôneas e equivocadas em relação à realidade presenciada e as noções de perspectivas de futuro (KNAPP, 2009).

No caso do transtorno de ansiedade generalizada (TAG), o perfil cognitivo caracteriza-se pelo medo de possíveis perigos físicos ou psicológicos. Segundo o DSM- V (2014), TAG caracteriza-se essencialmente pela ansiedade e preocupação em níveis elevados, com durabilidade e frequência incompatíveis com os riscos reais presentes na situação em questão. Os adultos com esse quadro comumente desenvolvem uma ansiedade intensa e angustiante, associada a situações cotidianas, como trabalho, saúde, ou questões menores. Para a realização do diagnóstico, é necessário a presença de no mínimo um dos sintomas a seguir, durante o período dos últimos 6 meses: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele; fadigabilidade; dificuldade em concentrar-se ou sensações de “branco” na mente; irritabilidade; tensão muscular; perturbação do sono.

Segundo Oliveira (2011), os pacientes com TAG apresentam diversas distorções cognitivas, como a catastrofização, além de terem interpretações distorcidas da realidade ao

terem visões exageradas, focadas em aspectos negativos, entre outros. Desse modo, frequentemente apresentam dificuldades na tomada de decisões, ao buscar soluções e lidar com mudanças.

A Terapia Cognitiva Comportamental atua a partir da conceituação do caso, o que significa dizer que o terapeuta possui entendimento sobre as crenças e presença de comportamentos padrões desadaptativos, além da origem do esquema desadaptativo. A partir desse ponto, o terapeuta tem a função de desenvolver e planejar meios de promover uma flexibilização cognitiva, a fim de alcançar respostas alternativas de pensamentos e comportamentos (BECK, 2014).

Este artigo tem como objetivo geral apresentar uma construção, utilizando como base a Terapia Cognitiva Comportamental, da análise de um caso clínico com sintomas de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), com a presença de esquemas de dependência e incapacidade, relacionados a uma criação familiar restritiva, com baixo desenvolvimento de autonomia. Como objetivos específicos, busca-se descrever e analisar as principais técnicas utilizadas para alcançar as metas estabelecidas pela paciente, a fim de alcançar novos passos na melhora da sua qualidade de vida.

Segundo alguns autores, por conta das novas dinâmicas de organização de vida, existe um aumento exponencial dos transtornos de ansiedade (LENHARDT; CALVETTI, 2017). Logo, uma das justificativas da produção desse artigo é discutir sobre uma temática cada vez mais presente na atualidade, a ansiedade, com foco no TAG, através da TCC. Além disso, também promove uma discussão teórica e científica a partir da experiência clínica, partindo da história de vida de uma paciente negra, o que implica construir uma terapia que considere as especificidades de ser uma mulher negra.

A fim de concluir essa primeira parte do artigo, é necessário elucidar que após a sessão de avaliação inicial, foi entregue à paciente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 01). Este procedimento é padrão do serviço de Psicologia da UFRB, sendo assinado pela paciente, estagiária e supervisora responsável.

2. APRESENTAÇÃO DE CASO CLÍNICO

Catarina é uma mulher cisgênera, autodeclarada preta e católica. No momento do presente artigo, ela está com 42 anos, casada há 16 anos e tem um filho de três anos. Catarina é formada em Enfermagem, mas atualmente atua como técnica de enfermagem. Há cerca de

dez anos, Catarina foi diagnosticada com um quadro de câncer de mama agressivo, que resultou na retirada total de sua mama direita e a aplicação de uma prótese. A cerca de um ano, recebeu alta da oncologia. Atualmente, apresenta o quadro de linfedema, bursite e discopatia. Catarina relata ter dificuldade para dormir, por conta das dores causadas pela bursite e que se agrava com o desenvolvimento da ansiedade.

Catarina buscou atendimento no serviço por conta de uma queixa de ansiedade que já tinha passado a apresentar sintomas físicos, como diarreia, dor muscular e insônia. Também se queixava de dificuldades associadas à memória. Desde a avaliação inicial, a paciente demonstrou a presença de pensamentos catastróficos com alta frequência.

Como reação a esses pensamentos, Catarina desenvolveu comportamentos de esquiva, desse modo, ela havia parado de dirigir e pilotar há aproximadamente dois anos, pois relatava sentir muito medo de que algo ruim acontecesse como ser atropelada ou causar um acidente. A paciente também havia sido vítima de um atropelamento a alguns anos, apesar de declarar que não havia carregado traumas do ocorrido.

No momento, Catarina utiliza como meio de transporte uma bicicleta, mas lamenta o fato de não conseguir voltar a dirigir, pois entende ser uma necessidade e sente que atrapalha seu marido, pois já houve ocasiões em que não pode prestar assistência ao parceiro. Catarina tem dificuldade de lidar com o novo, por conta disso, evita situações em que julga haver maiores chances de ocorrer acontecimentos inesperados.

2.1. HISTÓRIA DE VIDA E QUADRO CLÍNICO ATUAL

Para juntar mais informações sobre a história de vida da Catarina, foi sugerido a construção de uma atividade chamada “Linha do tempo”, em que pudesse trazer eventos em sua história de vida em que ela encontrasse uma relação com seu alto nível de ansiedade. Apesar de relatar ter tido uma boa infância, inicialmente apresentou dificuldade em lembrar de memórias específicas desse período, muitas vezes não conseguindo dar detalhes como a tempo decorrido dos eventos.

Catarina traz que durante a infância, por volta dos seus 7 ou 8 anos, ela se recorda de uma professora dizer que ela não sabia de nada. Catarina reproduziu a fala do que ela se lembra que a professora disse aos seus pais: “Ela não sabe de nada, posso passar ela assim se vocês quiserem, mas ela não sabe de nada”.

Um pouco mais velha, ainda na infância, houve um evento em que o pai bateu na sua irmã. Catarina alega que o pai não era violento e que ela chegou a sofrer castigos físicos de sua mãe, porém considera algo normal e justo. Contudo, nessa lembrança trazida por Catarina, destaca-se a intensidade do medo, uma vez que a mesma trouxe que durante a punição da sua irmã, ela ficou muito assustada com os gritos e sentiu necessidade de fugir e se esconder.

No final da infância e início da adolescência, Catarina perdeu a avó paterna, de quem era muito próxima. Ela diz ter acompanhado a avó durante a sua doença e destacou que recorda que no seu enterro não conseguiu chorar, mesmo se sentindo muito abalada. Catarina conta que por muito tempo não se sentia capaz de chorar na frente de outras pessoas, ou expressar quando algo a incomodava, identificando que esses dois pontos só mudaram depois que ela teve câncer e decidiu que ia falar tudo que sentisse que fosse necessário.

Na adolescência, mudou para uma turma nova na escola, em que não conhecia outras pessoas e apresentou dificuldade de adaptação. Se recorda de sempre ter problemas em relação a apresentações na escola, ou na igreja. Destacou uma situação em que, de forma inesperada, foi solicitada a realizar um discurso na sua igreja e acabou não conseguindo concluir a atividade de forma satisfatória, argumentando que sentiu que não conseguiu se comunicar de uma forma objetiva e que sentisse que foi compreendida.

Quando fez 18 anos, passou por um evento em que não conseguiu um carro para voltar pra casa, após a escola. Estudava longe de casa e teve que voltar andando sozinha, à noite, em uma estrada de terra. Catarina diz ter ficado muito assustada e começou a correr em direção à sua casa, encontrando seu pai na metade do caminho.

Por volta dos 20 anos foi atropelada por uma moto, enquanto estava indo sozinha para o mercado. Sofreu algumas escoriações e após esse episódio, passou um tempo com medo de sair de casa. Há 5 anos, sofreu uma tentativa de abuso sexual de uma pessoa do seu círculo familiar, em que Catarina conseguiu fugir e se trancar num quarto para se proteger. Aos 29 anos, Catarina foi diagnosticada com um câncer de mama, sendo necessária a retirada total de sua mama direita.

Catarina é a irmã mais nova de três filhas. A visão que ela traz da sua criação é de que ela sente que até o momento em que ela completou 18 anos, seus pais tomaram todas as decisões por ela. Ela diz que não costumava sair sem a companhia dos pais e que mesmo os

passeios acompanhados eram raros. Segundo Catarina, as poucas vezes em que saiam de casa era para ir para a igreja.

A descrição que Catarina traz de si mesma, é de sempre necessitar de outras pessoas. Em uma das sessões ela afirmou: “Acho que sempre me enxerguei assim, sempre fui dependente de alguém”. Ela traz que ao completar 18 anos, os pais dela pararam de tomar decisões por ela e a “soltaram de vez”. Contudo, o sentimento que Catarina descreve proveniente dessa mudança de dinâmica é de se sentir perdida, sem saber o que fazer.

Alguns pontos da vida de Catarina, auxiliaram a construção da hipótese de que há a presença de esquemas de dependência e incapacidade. A partir da própria descrição dela sobre seu desenvolvimento infanto-juvenil, é possível observar que Catarina teve pouco aprimoramento da autonomia, uma vez que, nunca teve espaço para tomar decisões por si mesma. As situações destacadas por Catarina, apresentam momentos em que ela se sentiu sozinha ou não tinha a companhia de uma figura de segurança.

Todas as vezes em que ela tinha que realizar uma atividade sozinha e falhava, o esquema era reforçado e as respostas compensatórias foram se tornando mais frequentes. No caso da Catarina, o comportamento de fuga, esquiva e evitação. Com o passar dos anos, Catarina percebeu um aumento na ansiedade, ao ponto de que quando buscou a psicoterapia, apresentava diminuição na sua qualidade de vida, pois já não conseguia mais realizar algumas atividades em que fosse necessário exercer certo nível de autonomia.

3. PROCESSO PSICOTERÁPICO

Até o momento em que este Trabalho de CC... está sendo escrito, foram realizadas 14 sessões de psicoterapia com Catarina, cada uma tendo uma média de 50min de duração. Os atendimentos eram realizados semanalmente, não sendo necessário um aumento na frequência dos encontros. Partindo dos princípios da TCC, a psicoterapia realizada foi estruturada a partir das metas que foram definidas durante as sessão, de forma colaborativa com Catarina. O objetivo definido foi desenvolver estratégias de diminuição e controle da ansiedade. Buscando desenvolver novas respostas comportamentais, em substituição às respostas padrão adotadas ao longo de sua vida. Buscamos recuperar a qualidade de vida de Catarina, para que a mesma seja capaz de voltar a realizar as atividades que não se sentia mais capaz.

A partir das sessões foi sendo identificada a presença de distorções cognitivas através das falas de Catarina. Distorções cognitivas são definidas por interpretações errôneas ou equivocadas da realidade, que geram sofrimento ao sujeito em questão (Beck, 2013). Catarina apresentava distorções cognitivas de catastrofização (acredita que o que algum evento passado ou possível acontecimento futuro terá repercussões que não será capaz de suportar), raciocínio emocional (constrói uma interpretação da realidade baseada nos sentimentos) e incapacidade de refutar (nega ou desmerece argumentos e evidências que contrapõem pensamento negativos) (LEAHY, 2018). Os sintomas ansiosos aparecem atrelados a eventos em que tenha que tomar decisões, realizar atividades sozinha, ou que tenha que se comunicar com desconhecidos e pessoas não próximas.

Outra questão que pode ser destacada do caso da Catarina, é que ela apresenta uma tendência a minimizar o impacto de alguns acontecimentos em sua vida. Uma hipótese atrelada a isso que ainda está em investigação é a relação entre a mulher preta e o estereótipo da força. Nesse sentido, a minimização de Catarina poderia ser um reflexo de sobrevivência mediante a necessidade de minimizar os sofrimentos, pois a realidade da população negra se constitui em meio a pequenas violências raciais diárias (GONZALEZ, 2020).

Essa análise ainda está sendo observada, pois a questão racial só passou a ser trazida com maior ênfase para a terapia a partir da décima segunda sessão. Em um dos momentos ela apontou “porque nós negros, sabemos as dificuldades que temos que enfrentar todos os dias”, em outra situação revelou sentir medo de que o filho sofra preconceito por conta de ter um cabelo black.

É interessante observar que quando Catarina aponta o cabelo do filho (3 anos), ela ao mesmo tempo poderia estar falando do próprio cabelo, pois os dois têm cabelo black tanto referindo-se ao corte, quanto a textura do cabelo. Sendo assim, a violência racial temida por Catarina em relação ao filho, parece implicar que ela mesma passou por uma situação parecida. Curiosamente, Catarina tem trazido de forma mais frequente a terapia temas relacionados a sua estética, citando seu cabelo e suas roupas.

Outro estereótipo da mulher negra que pode ter sido a base para o desenvolvimento de algumas crenças é a de cuidadora (GONZALEZ, 2020). Isso também poderia estar associado a diminuição da avaliação da gravidade de alguns eventos. Por exemplo, em diversos momentos a Catarina se recusou a descrever o seu adoecimento por câncer como um momento responsável por gerar ansiedade ou maiores estresses.

Durante seus relatos ela destacou pontos como o fato de que outras pessoas choraram, mas ela não, ou de como ela conseguiu consolar o seu marido, ao descrever que quando ele chorava de preocupação com sua saúde, ela que o acalmava e prestava acolhimento. Repetidamente ela trazia como todo processo foi de certa forma tranquilo, até uma sessão em que durante uma fala ela pontuou de forma breve “agora, quando penso em tudo que eu passei, percebo que poderia ter morrido”.

Esse pensamento ainda aparenta estar localizado em algum nível inconsciente, pois tem aparecido de forma lenta e gradativa. Contudo, é importante refletir sobre os pensamentos catastróficos da Catarina, ainda assim, indicam um medo da morte. Na décima sessão, Catarina relatou que ao longo da semana havia sentido alguns sintomas como arritmia e queda de pressão, sendo necessário a realização de alguns exames médicos, ao ser questionada sobre essa situação ela disse “me senti ansiosa, tive medo de morrer, não sei quem ficaria com meu filho”.

3.1. INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

3.1.1. ALIANÇA TERAPÊUTICA

O estabelecimento de aliança terapêutica foi a primeira estratégia de intervenção adotada para a realização da psicoterapia. Segundo Beck (2013), esse é um processo que deve ser iniciado desde o primeiro contato com a paciente, pois muitas das técnicas e intervenções que futuramente serão utilizadas, necessitam ter como base uma relação terapêutica forte.

Para aumentar as chances de desenvolver uma aliança terapêutica de sucesso, é necessário que o terapeuta possua boas habilidades, expresse o plano de tratamento e a conceituação do caso, se preocupe em estimular o paciente a assumir uma postura colaborativa, solicitar feedback a cada sessão e auxiliar na resolução de problemas (BECK, 2013).

Em relação a construção de uma aliança terapêutica com a Catarina, o processo demonstrou resultados positivos, uma vez que a paciente se mostrou muitas vezes engajada com as atividades e com o processo terapêutico no geral, apesar de não ser tão participativa nas agendas colaborativas.

Catarina apresentou feedbacks positivos em todas as sessões e na avaliação de bem estar final, relatava na maioria das sessões um estado emocional positivo. Catarina também apontou que sentia que o espaço terapêutico havia se configurado como um local seguro para ela desabafar sobre suas questões. Na terceira sessão, Catarina se sentiu à vontade para compartilhar um episódio de abuso, que provocou na mesma um sentimento intenso de tristeza. Nesse evento, ela chorou, sendo esse um comportamento que ela alegava não conseguir fazer na frente de outras pessoas, o que indica um bom nível de confiança e conforto com o espaço terapêutico.

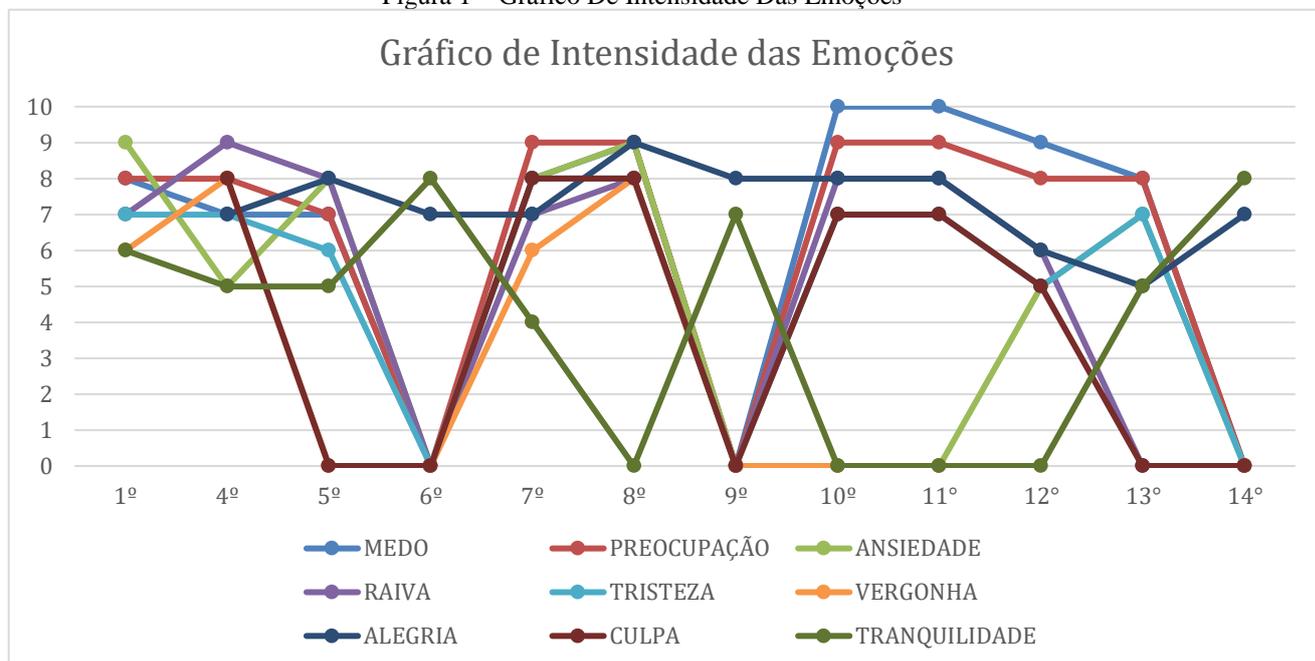
3.1.2. ESCALA DE INTENSIDADE DE EMOÇÕES

Toda sessão da TCC segue uma estrutura padrão. Após a agenda colaborativa, toda sessão deve passar pela avaliação de humor. Durante os encontros, essa avaliação foi realizada através de uma escala de intensidade de emoções desenvolvida no APC, voltada para a avaliação semanal dos sentimentos vivenciados pelo paciente. Essa estratégia é importante pois segundo a TCC, as emoções, assim como os comportamentos e a reação fisiológica do corpo são organizados a partir das crenças que cada indivíduo possui e utiliza para entender o mundo a sua volta (BECK, 2013). Logo, é importante que o paciente consiga identificar suas emoções e quando as mesmas são ativadas.

Na primeira escala de intensidade de emoções realizada com a Catarina, ela descreveu a presença de sentimentos como: medo, ansiedade, preocupação, raiva, tristeza e vergonha. Todos os sentimentos com uma intensidade alta, sendo o mais baixo vergonha (6) e o mais alto a ansiedade (9).

Ao longo das sessões, é possível observar que os sentimentos de Catarina mantiveram um alto fluxo de alteração através das semanas. Nos períodos com sentimentos negativos mais baixos, Catarina foi capaz de voltar a realizar treinos de direção de carro e se mostrou mais disposta a aceitar novos trajetos. Contudo, ao longo das sessões ocorreram uma série de problemas familiares e de saúde que culminaram no aumento relevante de emoções como medo, ansiedade e preocupação. Isso pode ser observado na figura 1, em que mostra um gráfico referente a intensidade das emoções registrada ao longo das sessões.

Figura 1 – Gráfico De Intensidade Das Emoções



Fonte: Elaboração Própria, 2022

3.1.3. PSICOEDUCAÇÃO

A terapia cognitiva comportamental parte do princípio de que os pacientes devem passar pelo processo terapêutico desenvolvendo a capacidade de se tornarem seus próprios terapeutas. Desse modo, a psicoeducação surge como uma ferramenta muito eficaz, visto que tem como objetivo auxiliar os pacientes a conseguirem realizar técnicas de auto ajuda, mesmo após o término da psicoterapia. A partir dessa técnica, o sujeito se torna mais consciente do seu processamento cognitivo, estando mais atento à ativação de esquemas e identificação de respostas (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Sendo assim, a psicoeducação é utilizada com o objetivo de promover ao paciente aprendizados sobre o modelo cognitivo, seu quadro clínico, além de outros temas.

Este processo começou desde a avaliação inicial de Catarina, sendo utilizado, como exemplo, a ativação da sua ansiedade associada ao pensamento de dirigir, trazido pela própria paciente. Foi importante a escolha desse exemplo específico, uma vez que utilizar o próprio relato da Catarina, foi uma forma de mostrar que havia entendido e prestado atenção

na sua fala. Esse caso ilustrou a relação entre situação, pensamentos automáticos negativos - PANS e as respostas a nível emocional, comportamental e fisiológico (BECK, 2013).

3.1.4. REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO E QUESTIONAMENTO DE PAN'S

Para realizar uma psicoterapia baseada na TCC, é importante que o terapeuta se dedique a realizar estratégias que auxiliem o paciente a se familiarizar com a identificação de seus pensamentos, emoções e reações fisiológicas. Uma estratégia comumente utilizada na TCC é a atividade de registro de pensamentos automáticos negativos - PANS. Esse exercício além de identificação da resposta cognitiva, também tem como função incentivar o paciente a avaliar suas reações (BECK, 2013).

Catarina demonstrou facilidade na realização dessas atividades, passando a desenvolver os registros de forma espontânea. Ela afirmou que a atividade fazia sentido para ela, pois escrever a ajuda a lidar com a dificuldade que ela tem apresentado em relação a sua memória, que acredita ter relação com o uso de alguns medicamentos durante o tratamento do câncer, apesar de não haver evidências comprobatórias. A partir do questionamento de PANS, em que era solicitado que Catarina respondesse questões como o quanto ela acreditava nesses pensamentos, a intensidade dessas emoções e as evidências a favor e contra seus pensamentos, algumas constatações ficaram mais evidenciadas.

Os pensamentos trazidos por Catarina ao longo das atividades, em conjunto com seus relatos evidenciaram a presença dos esquemas de dependência e incapacidade, sendo que ambos aparentam estar organizados de forma interligada. Há uma repetição do pensamento “não vou conseguir” diante de situações que exijam certa autonomia da Catarina.

Quando questionada sobre as evidências de que esse pensamento é verdadeiro, a paciente não conseguia encontrar evidências a favor da sua crença, tendo mais facilidade em encontrar pensamentos contra. Ainda assim, afirmava “eu sei que não existem evidências a favor, mas eu ainda sinto que não consigo”. Essas informações mostram que Catarina apresenta as distorções cognitivas de: incapacidade de refutar e raciocínio emocional.

Quadro 2: Exemplo De Registro De Pans

SITUAÇÃO	PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS	EMOÇÕES	REAÇÃO FISIOLÓGICA	COMPORTAMENTO
----------	-------------------------	---------	--------------------	---------------

Treinamento de carro	“Não vou conseguir” “Vou bater o carro”	Medo (7,5) Raiva (8) Tristeza (7) Ansiedade (8)	Diarreia Insônia Palpitação Irritabilidade	Sentiu vontade de procrastinar Pede constantemente instruções para o marido Repassa o trajeto Não consegue tomar decisões sozinha enquanto dirige
----------------------	--	--	---	--

3.1.5. GENOGRAMA E LINHA DO TEMPO

As duas intervenções foram realizadas no período inicial da psicoeducação, entre a segunda e quarta sessão. Ambas foram agrupadas na mesma seção do artigo, pois compartilham o objetivo em comum de gerar informações sobre a história de vida da paciente e proporcionar uma visão mais abrangente da sua dinâmica familiar. A linha do tempo é um exercício utilizado na psicologia com a finalidade de auxiliar o sujeito a buscar memórias que podem estar associadas ao seu quadro atual (NOBRE, 2019). No caso da Catarina, a proposta foi que ela pensasse em eventos que acreditasse estar relacionado com seus sintomas ansiosos.

Essa atividade gerou muitas informações importantes para o entendimento do caso, uma vez que, a conceituação do caso começa na análise da história de vida do paciente. Durante esse processo, um efeito colateral positivo foi o desenvolvimento da aliança terapêutica. A linha do tempo obteve resultados positivos, principalmente porque Catarina apresentava dificuldade de recordar algumas das suas memórias e organizar a ordem de alguns acontecimentos. Com a construção da atividade, mesmo não conseguindo lembrar com exatidão a idade que tinha quando ocorreram alguns eventos, ela foi capaz de estabelecer uma ordem cronológica.

Todo o processo da linha do tempo durou duas sessões para sua finalização. Na primeira sessão, Catarina teve dificuldade em apontar eventos relevantes, por conta disso não foi possível concluir a atividade no mesmo dia. Ao final desta sessão ficou acordado com Catarina que ela iria pensar sobre a atividade e tentar recordar outros eventos com mais calma. Na sessão seguinte, Catarina apontou que não havia conseguido lembrar de novas situações e que acreditava que a linha do tempo poderia ser concluída. Contudo, ao ser questionada se a mesma já havia vivenciado alguma situação de abuso, ela decidiu compartilhar uma experiência em que foi vítima de tentativa de abuso. Nessa situação, Catarina chorou muito, sendo a primeira vez que ela demonstrou uma variação emocional,

pois o padrão até então era manter um humor mais estável e minimizador diante de eventos negativos importantes.

Durante o relato desse evento em que sofreu uma tentativa de abuso, foi necessário a realização do exercício de relaxamento de respiração diafragmática, para alívio do estresse. Ainda nessa sessão, Catarina também recordou da morte de sua avó paterna, com quem mantinha uma relação próxima. Ambos os eventos foram adicionados a sua linha do tempo. Catarina recusou adicionar o período em que descobriu o diagnóstico de câncer e o seu tratamento, pois relata esse momento da sua vida como um processo em que ela lidou de forma tranquila e confiante.

Na quarta sessão, foi realizada a atividade do genograma familiar. Essa atividade possibilita uma construção visual de um mapa, indicando informações sobre a dinâmica e a organização familiar (CREPALDI, 2008). O genograma não trouxe muitas informações novas para o caso e pôde ser realizado mais rápido, sendo concluído na mesma sessão.

3.1.6. TREINAMENTO DE RELAXAMENTO - RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA

Na terceira sessão, foi identificado a necessidade de realizar um alívio de tensão através do exercício de respiração diafragmática. Essa técnica tem como objetivo auxiliar na diminuição da ansiedade. O processo consiste em solicitar que o paciente tente focar na sua respiração e no movimento abdominal enquanto inspira e expira, com a mão apoiada na região. A técnica segue a ordem de inspirar por três segundos, segurar a respiração por mais três segundos e soltar a respiração pela boca por seis segundos (WILLHELM; ANDRETTA; UNGARETTI. Nessa situação, Catarina conseguiu seguir as instruções e obteve bons resultados em relação ao alívio do seu estresse.

Na oitava sessão, foi retomado o tema do exercício diafragmático e mediante aos bons resultados alcançados anteriormente pela Catarina, foi sugerido que ela tentasse realizar o exercício em casa, quando percebesse o aumento da tensão e ansiedade. Durante a liberação do ar, uma sugestão feita a Catarina era que ela dissesse a palavra “relaxe”, enquanto expirava, pois, a pronúncia pausada ajuda na contagem do tempo. Mais uma vez foi realizado o treinamento no ambiente terapêutico e nas sessões posteriores Catarina trouxe o feedback positivo de que o exercício estava sendo útil para o seu relaxamento.

3.1.7. TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS - ASSERTIVIDADE

Durante as sessões foi identificado a necessidade de realizar um treino de habilidade social, uma vez que após um episódio no trabalho, Catarina chegou ao atendimento muito abalada e chorando bastante. Quando questionada sobre o evento, Catarina disse que o que mais a chateava era não ter conseguido se expressar durante o ocorrido, fazendo com que ela se sentisse “engasgada”. Quando questionada sobre o motivo de não ter conseguido se comunicar, ela respondeu que tinha medo de ser inadequada e por isso, preferia se calar. Catarina aponta que muitas vezes sente que não é capaz de se expressar bem o suficiente, por isso acaba evitando situações em que tenha que explicar alguma coisa que considera importante.

Para auxiliar Catarina a desenvolver novos recursos sociais, foi sugerido uma sessão com o objetivo de treinar o desenvolvimento de assertividade através da técnica de “role-play”. Essa ferramenta consiste em utilizar a modelação, por meio de uma atividade em que tanto o terapeuta, quanto o paciente interpretam diferentes papéis, de acordo com a necessidade do caso (BORGES et al, 2012). No caso da Catarina, ela não demonstrou interesse em utilizar a situação do trabalho, então o treino foi voltado para desenvolver a capacidade de responder críticas sobre sua dificuldade em dirigir.

No treino, foram reproduzidas falas que Catarina relatou escutar de pessoas do seu círculo social. Ora a paciente interpretou a ela mesma, ora interpretou as pessoas que direcionaram comentários negativos. A partir do treino, foram desenvolvidas respostas alternativas e mais adequadas ao que fazia sentido para Catarina.

Na semana seguinte, Catarina relatou como feedback da sessão anterior que ela havia conseguido responder a um comentário negativo do seu marido, se sentindo confiante para se posicionar durante o ocorrido. Ela deu seguimento ao treinamento em casa, sendo sugerido até mesmo a possibilidade do uso de um espelho.

3.1.8. SETA DESCENDENTE

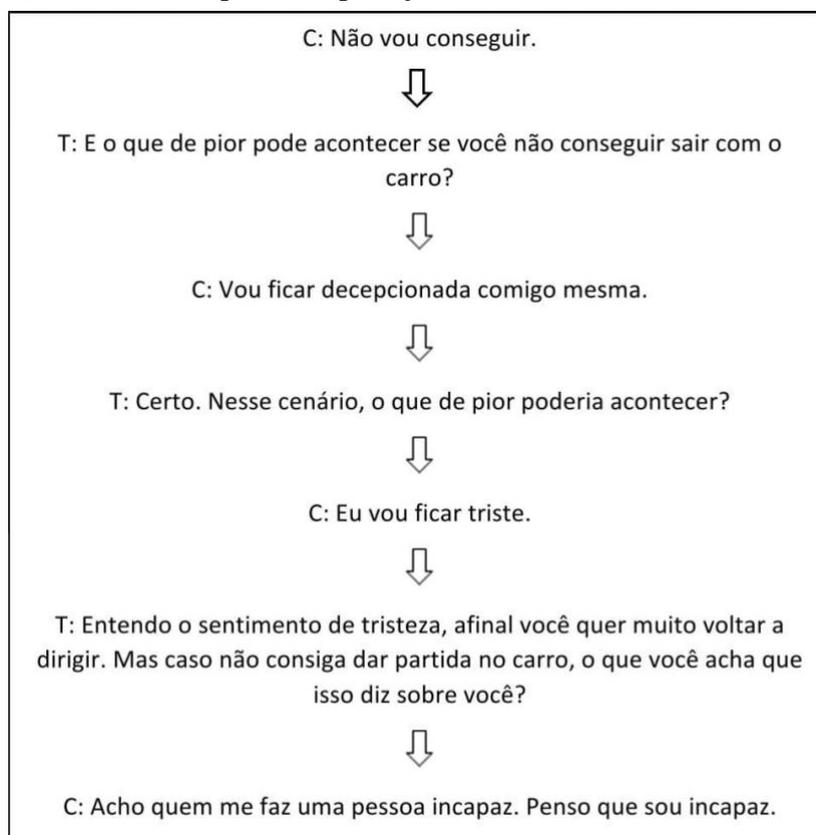
A técnica utilizada para auxiliar na identificação das crenças centrais de Catarina foi a seta descendente. Essa técnica consiste em identificar um pensamento automático que o terapeuta acredita ter relação com a crença central do paciente e a partir disso tentar identificar o que essa cognição significa para ele. Para esse procedimento, podem ser

utilizadas algumas perguntas como: “E se isso for verdade?”; “O que tem de tão ruim nisso?”; “Qual a pior parte disso?”; “O que isso significa a seu respeito?” (BECK, 2013).

Essas perguntas vão sendo repetidas a cada resposta dada, com a finalidade de identificar o significado central. Beck (2013) destaca que, por vezes, a seta descendente pode ficar travada por conta de uma resposta embasada no sentimento, nesse caso, é necessário retornar um pouco a questão anterior e tentar repetir o questionamento de outra forma.

Um exemplo desse impasse ocorreu durante a aplicação da seta descendente com a Catarina. A seguir o quadro abaixo mostra uma exemplificação do manejo desta questão, quando Catarina foi questionada sobre os pensamentos relacionados à tentativa de ligar o carro durante um treino de direção. O pensamento inicial foi “não vou conseguir” e a partir desse ponto foi manejado a aplicação da seta descendente, como pode ser observado no quadro 2.

Quadro 3: Exemplo Da Aplicação Da Seta Descendente



3.1.9 QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO

O questionamento socrático é uma técnica utilizada pela TCC, que tem como proposta realizar perguntas através da descoberta guiada. Nesse processo, o terapeuta elabora perguntas indutivas para expor padrões cognitivos disfuncionais relacionados ao comportamento e ao pensamento. Essas questões também devem estimular a curiosidade e uma postura mais colaborativa do paciente (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). A seguir o quadro 4 mostra um exemplo de diálogo durante um processo envolvendo questionamento socrático.

Quadro 4: Exemplo De Questionamento Socrático

C: Prefiro que outras pessoas falem por mim, me sinto mais confortável assim.
P: Por que você acha que isso acontece?
C: É que eu acho que não sei me expressar muito bem, que as pessoas não vão me entender.
P: Você tem alguma evidência que comprove esse pensamento?
C: Não sei, não consigo pensar em nada agora, mas acho que as outras pessoas não entendem o que eu falo.
P: Você acha que alguma vez eu não consegui entender você?
C: Não, acho que não.
P: Isso poderia ser uma evidência de que pelo menos às vezes você consegue se expressar com sucesso?
C: Sim, verdade, poderia ser.

4. CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

O processo de conceitualização cognitiva é uma etapa muito importante da Terapia Cognitiva Comportamental pois marca a finalização da sua primeira fase. A partir desse processo, é possível direcionar a terapia para a etapa de reestruturação cognitiva, com foco no alcance de metas. A conceitualização do caso consiste em uma construção em que a teoria e as experiências do paciente se misturam a fim de ilustrar uma visão mais ampla do esquema cognitivo presente (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2010).

Para a realização desse processo é utilizado como ordem de organização uma linha temporal inversa. Com isso, significa dizer que é uma construção que parte da situação atual do sujeito em atendimento, identificando situações em que foram registrados pensamento,

sentimentos e comportamentos associados às suas crenças centrais, para a partir disso, ser feito um retorno a história de vida da paciente, identificando pontos relevantes para respaldar a conceituação do caso. Toda essa intervenção é realizada de forma colaborativa com a pessoa que está sendo atendida, uma vez que, por dizer respeito a quem ele é, precisa que faça sentido para o mesmo (KUYKEN; PADESKY; DUDLEY, 2010).

A hipótese de conceituação cognitiva no caso da Catarina aponta para a presença de dois esquemas disfuncionais, logo, foram necessárias a realização de duas conceituações. Durante o desenvolvimento desse processo, as atividades de registro de PANS foram fundamentais para permitir uma visualização mais aprofundada de alguns indícios de crenças. Ao realizar a análise desses registros em conjunto com todas as informações adquiridas ao longo das sessões, concluiu-se que se tratavam dos esquemas de dependência e incapacidade.

Para a construção da conceitualização do caso, houveram algumas dificuldades que surgiram no processo. A crença de incapacidade foi a mais fácil de identificar, por aparecer de forma mais explícita nas atividades e ser mais ativa no seu dia a dia. Contudo, parecia haver outra crença atuando em conjunto que não estava se mostrando com tanta clareza. Nesse ponto, o questionamento socrático e a seta descendente foram fundamentais para auxiliar no desenvolvimento da conceitualização.

Durante a nona e décima sessão foi questionada a Catarina como ela se enxergava e o que ela achava que essa crença de ser incapaz queria dizer sobre ela. A resposta obtida foi “Não sei, sempre me enxerguei assim, dependente dos outros”. A resposta de Catarina acendeu um alerta sobre a possibilidade da presença de uma crença de dependência, que foi apoiada em outros indícios que foram aparecendo através de afirmações parecidas. Em diferentes oportunidades, Catarina apontou que se sentia ansiosa e desconfortável quando tinha que tomar decisões em relação a ela mesma, ainda que fossem consideradas de pequena magnitude, como diante da necessidade de comprar novos sapatos.

A explicação dada por Catarina era de que ela não se sentia confortável em realizar atividades sozinha, já que acreditava que as outras pessoas são mais capazes de tomar decisões corretas e de se comunicar melhor que ela. Catarina afirmou em outra sessão que “se eu pudesse não ter que decidir nada, seria perfeito”. Quando questionada em uma escala de um a dez o quanto ela acreditava ser dependente, Catarina disse que sete, mas que enxergava isso como uma melhora, já que durante seus vinte anos responderia nove. Essas constatações foram evidências utilizadas para embasar a sua crença de dependência.

De forma recorrente, Catarina aponta o momento em que completou dezoito anos, como um marcador na sua história de vida, pois foi quando ocorreu uma mudança brusca na dinâmica familiar, em que seus pais pararam de tomar decisões por ela e a declaram dona de sua própria vida. Catarina afirma que nesse momento, se sentiu perdida, sem perspectiva do que fazer e que esse sentimento em menor nível, ainda existe. Uma característica que se destaca na organização dos esquemas cognitivos de Catarina é que as duas crenças parecem estar atuando em conjunto e se retroalimentando.

A falta de desenvolvimento de autonomia, aparece na teoria das necessidades universais de satisfação emocional, apontada por Young, Klosko e Wheishaar (2008), que destacam, entre outros pontos, que a falta de desenvolvimento de uma certa independência durante a fase infanto-juvenil, pode gerar risco de esquemas desadaptativos. Outros pontos de destaque na sua história, que parecem alimentar suas crenças sobre si, é que quando era criança, uma professora disse que Catarina não sabia de nada e quando solicitada para realizar apresentações, atividades em que tinha que demonstrar comunicação, Catarina percebeu que tinha dificuldades.

A hipótese construída é que Catarina tem uma crença de incapacidade, pois acredita não ser tão preparada quanto as outras pessoas para realizar atividades e tomar decisões importantes. Ao mesmo tempo que possui uma crença de dependência, pois acredita que por não ser capaz de agir sozinha, necessita que outras pessoas assumam responsabilidades por ela.

Por conta disso, Catarina também desenvolveu o que ela chama de medo do novo, pois acreditava que não tem recursos suficientes para lidar com situações inesperadas. Apesar de não ter sido confirmado, até o momento da produção do presente artigo, existe uma possibilidade que esse fator esteja ligado ao seu atropelamento quando tinha por volta dos seus 20 anos. Apesar de Catarina se referir ao ocorrido com uma postura minimizadora, muitas das suas questões, como pensamentos catastróficos, surgem associadas ao trânsito.

Assumir a direção de um carro ou de moto são situações com alta capacidade de ativação da sua ansiedade. Quando buscou atendimento no serviço de psicologia, Catarina não dirigia nem pilotava a mais de dois anos, pois as respostas ansiosas estavam sendo tão aversivas que, mesmo desejando voltar a dirigir, ela não conseguia. Uma interpretação realizada colaborativamente com a Catarina, é que o carro representa independência, exigindo que ela seja capaz de assumir responsabilidades e tomar decisões por si mesma.

Catarina demonstra um pouco de resistência em flexibilizar alguns pensamentos e comportamentos. Mesmo quando dirigia, ela aponta que se sentia incapaz de mudar o trajeto, pois temia que pudesse cometer algum erro que resultasse em um acidente. Ao ser questionada se alguma vez isso teria ocorrido, ela respondeu que não. Ao ser questionada sobre indicativos de que ela não fosse uma motorista prudente no trânsito, o que diminui a chance de ela ser a responsável por causar acidentes, Catarina não encontrou nenhuma evidência. Ainda assim, ela continua afirmando que sente que não é capaz de realizar essa atividade, sendo necessário fazer uma psicoeducação breve sobre a diferenciação entre sentimentos e evidências reais.

Diante de todas as informações apresentadas, segue abaixo a apresentação das figuras referentes às duas conceitualizações do caso. É interessante esclarecer, que ainda que a figura esteja completa, o processo de conceituação é vivo, o que significa dizer que é se reserva o direito de ser atualizado e alterado, mediante a novas informações relevantes. Desse modo, a imagem a seguir refere-se à construção alcançada até o presente momento.

Figura 1: Conceituação Cognitiva (Crença De Incapacidade)



Ambulatório de Atenção Psicológica às Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC/UFRB)

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

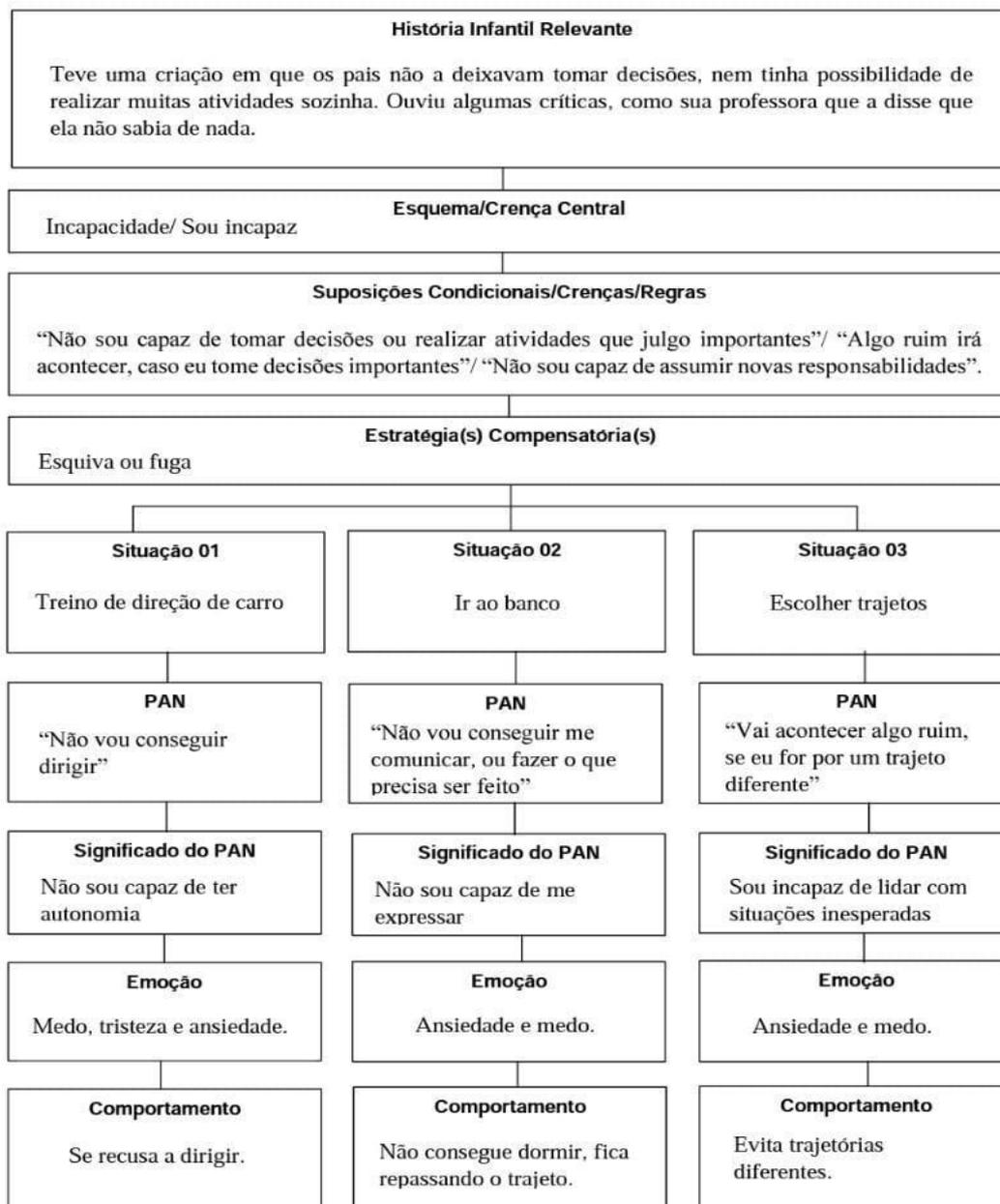
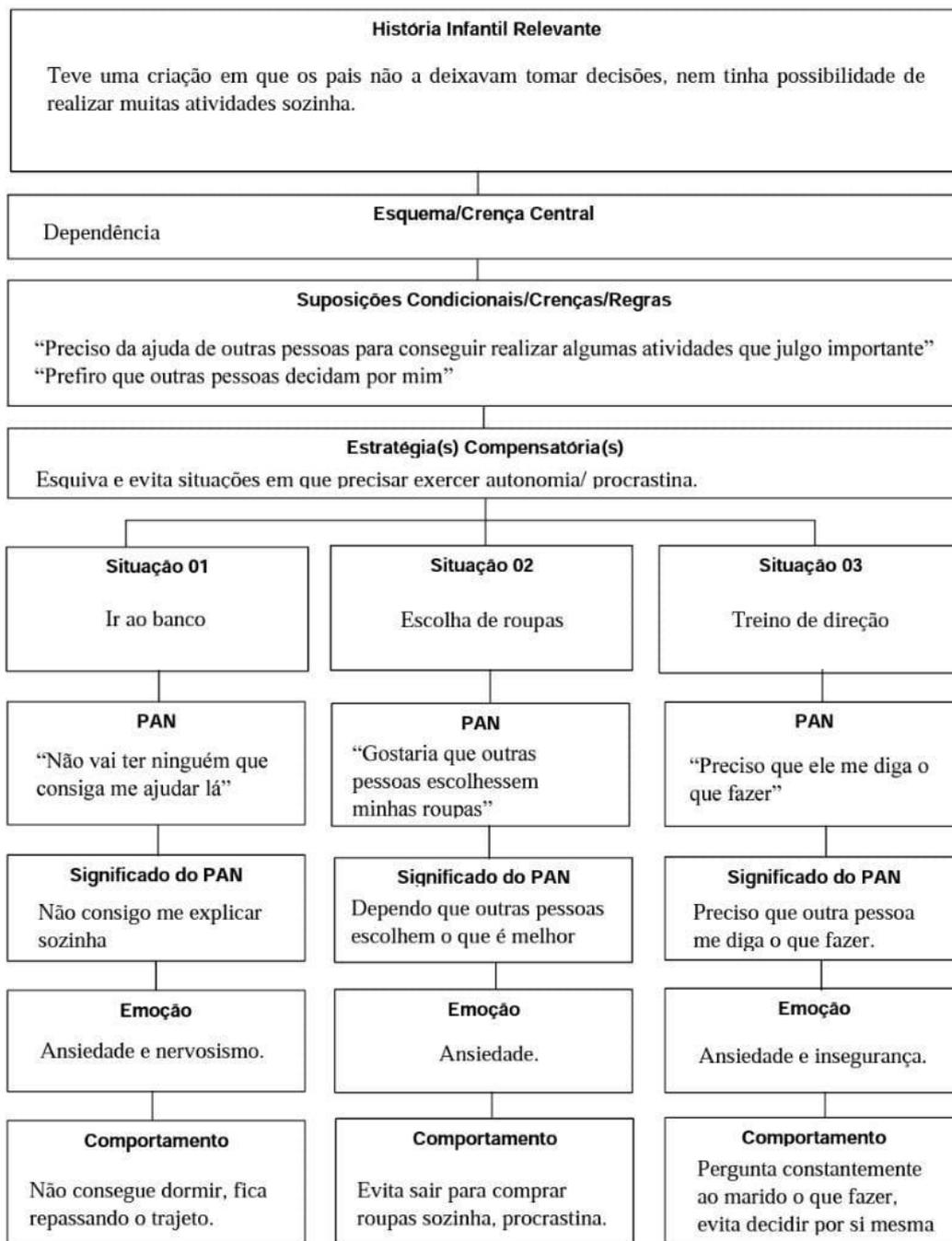


Figura 2: Conceituação Cognitiva (Crença De Dependência)

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA



5. REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

A segunda fase da psicoterapia baseada nos princípios da TCC é a reestruturação cognitiva. Essa etapa é focada na resolução dos problemas identificados ao longo das sessões, utilizando todas as informações adquiridas através das intervenções e da conceituação cognitiva. A reestruturação, assim como todo o processo terapêutico da TCC, é colaborativa, prezando a autonomia do paciente (OLIVEIRA, 2011).

Para que seja possível ocorrer uma alteração na estrutura dos esquemas, é necessário que essa etapa foque nas crenças nucleares do sujeito, buscando contemplar os níveis mais profundos dessa construção cognitiva. Para isso, é necessário que nessa fase o terapeuta em conjunto com o paciente, dediquem-se a identificar as evidências que tem reforçado a crença, a fim de colocá-las em prova, como um teste de verificação da realidade (KNAPP; BECK, 2008).

No caso da Catarina, até o presente momento deste artigo, a reestruturação cognitiva se encontra numa fase muito inicial, logo os resultados obtidos ainda estão ocorrendo de forma gradativa. Catarina indica uma maior flexibilização cognitiva, uma vez que conseguiu voltar a fazer treinos de direção com o carro e aos poucos tem conseguido dirigir por trajetórias diferentes. Contudo, apresenta dificuldade em encontrar pensamentos alternativos para suas crenças de incapacidade e dependência.

Em relação a temática estética e racial, que aos poucos tem surgido nas sessões mais recentes, um dos objetivos para as próximas sessões é a realização de uma atividade que consiste em apresentar para Catarina diferentes estilos de moda, com mulheres de diferentes etnias e tipos de corpo, a fim de possibilitar dois processos.

O primeiro é auxiliar na flexibilização cognitiva associada a crença de que depende da opinião das outras pessoas, estimulando o desenvolvimento de sua capacidade de escolha. O outro ponto é identificar com qual imagem referente as mulheres apresentadas na foto, Catarina mais se identifica, pois, essa informação pode promover novos conhecimentos sobre sua visão acerca da sua identidade racial.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante de tudo que foi discutido nessa produção, destaca-se como o APC tem grande potencial de ampliar os horizontes da prática na psicologia, ao proporcionar a possibilidade de que populações em estado de vulnerabilidade possam acessar o serviço e conseguir atendimento psicológico gratuito. As supervisões realizadas priorizavam um olhar

integralizado, aguçando um desenvolvimento profissional que esteja atento e capaz de adequar a teoria a grupos que, historicamente, não foram o foco da Terapia Cognitivo Comportamental.

Isto posto, o APC proporciona um serviço de saúde mental muito importante, não só para a cidade de Santo Antônio de Jesus, na qual atualmente está localizado, quanto para os municípios vizinhos. O atendimento através do APC e da TCC tem alcançado bons resultados em relação a construção de uma aliança terapêutica de qualidade, pautada nos princípios éticos e em uma intervenção terapêutica contextualizada com a realidade de cada sujeito.

Nesse sentido, o artigo em questão é enriquecido ao tratar de um caso clínico de uma mulher preta, pois reforça a raça como um fator relevante ao se pensar intervenção e reestruturação cognitiva. Essa importância ganha destaque mesmo mediante a um caso de TAG, que no campo da TCC é um quadro clínico com muitas evidências de melhorias associadas a essa abordagem e, por conta disso, uma terapia construída a partir de um olhar equivocado, poderia se restringir a aplicação de técnicas, sem o manejo das especificidades que circulam a construção subjetiva da mulher preta.

A oportunidade proporcionada por esse estágio foi de extrema relevância para o aprimoramento profissional a partir da necessidade de desenvolver estratégias de acordo com a especificidade de cada caso. Em conjunto com a supervisora, foi possível fermentar um conhecimento prático e teórico utilizando uma lógica ampliada. Por fim, apesar de existir uma quantidade elevada de estudos sobre TAG e TCC, é necessário mais produções acadêmicas debruçadas sobre populações que não fazem parte do padrão europeu, branco, de classe média/alta. Desse modo, trazendo mais a luz outros públicos que também poderiam se beneficiar da abordagem.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5**. Artmed Editora, 2014.

BECK, Judith S.. **Terapia Cognitivo - Comportamental: teoria e prática**. 2. ed. PortoAlegre: Artmed, 2014. 399 p.

BORGES, Nicodemos Batista *et al.* **Clínica analítico - comportamental: aspectos teóricos e práticos**. Porto Alegre: Artmed, 2012. 312 p.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v.15, n. 4, p. 590-597, jul./ago., 2007. Online: Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a11.pdf. Acesso em: 29 jun. 2012.

Machado, Cauê FragaGONZALEZ, Lélia. 2020. Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos. Rio Janeiro: Zahar. 375 pp.. **Mana [online]**. 2021, v. 27, n. 2 [Acessado 23 Novembro 2022] , e272802. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1678-49442021v27n2r802>>. Epub 03 Set 2021. ISSN 1678-4944. <https://doi.org/10.1590/1678-49442021v27n2r802>.

KNAPP, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 30, n. 2, p. 54-64, out. 2008. EDITORA SCIENTIFIC. <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-44462008000600002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/HLpWbYk4bJHY39sfJfRjWtn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 out. 2022

KUYKEN, Willem; PADESKY, Christine A.; DUDLEY, Robert. **Conceitualização de casos colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo - comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2010. 367 p.

LEAHY, Robert L.. **Técnicas de Terapia Cognitiva: manual do terapeuta**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 360 p. Disponível em: http://www.ava-edu.net/biblioteca/wp-content/uploads/2020/08/T%C3%A9cnicas-de-Terapia-Cognitiva_Leahy.pdf. Acesso em: 26 out. 2022.

NOBRE, Thalita Lacerda. A Técnica da Construção da "Linha do Tempo" Como Instrumento Para Anamnese Em Psicoterapia Psicanalítica. **Augustus**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 92-113, 2019. Disponível em: <https://revistas.unisuam.edu.br/index.php/revistaaugustus/article/view/221/159>. Acesso em: 27 out. 2022.

OLIVEIRA, Maria Ines Santana de. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 1, p. 30-34, jun.

2011 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 out. 2022.

OLIVEIRA, Polliana Rodrigues de *et al.* PSICOEDUCAÇÃO DAS EMOÇÕES E HABILIDADES SOCIAIS:: uma proposta de promoção e prevenção de saúde mental para adolescentes. **Unifacs**, [s. l], p. 21-34, 2018. Disponível em: <https://revistas.unifacs.br/index.php/sepa/article/download/5508/3618>. Acesso em: 23 out. 2022.

SAFATLE, Vladimir. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. **Scientiae Studia** [online]. 2011, v. 9, n. 1 [Acessado 3 Agosto 2022] , pp. 11-27. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000100002>>. Epub 29 Ago 2011. ISSN 2316-8994. <https://doi.org/10.1590/S1678-31662011000100002>.

TADDEO, Patricia da Silva et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, v. 17, n. 11 [Acessado 3 Agosto 2022] , pp. 2923-2930. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>>. Epub 21 Nov 2012. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100009>.

TAVARES, Jeane Saskya *et al.* Ambulatório de Atenção às Pessoas em Condições Crônicas. **Psicologia na Ufrb: diversidade e territorialidade**, Cruz das Almas, v. 1, p. 219-238, 2022.

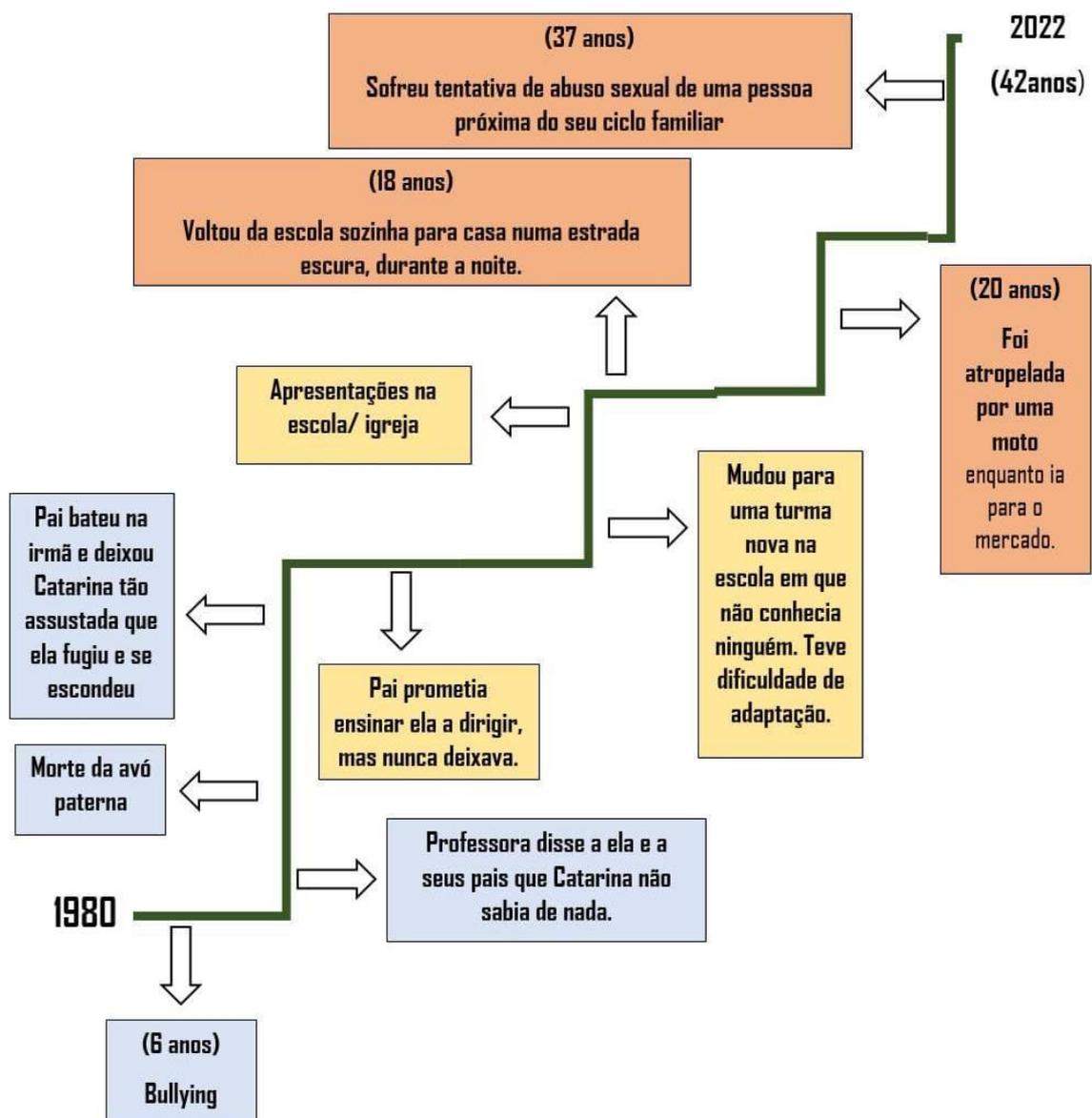
WENDT, Naiane Carvalho; CREPALDI, Maria Aparecida. A Utilização do Genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.L.], v. 21, n. 2, p. 302-310, 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-79722008000200016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/HTp4WpTfcphN7vzbyfSpcGf/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2022.

WILLHELM, Alice Rodrigues; ANDRETTA, Ilana; UNGARETTI, Mariana Steiger. Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. **Contextos Clínic**, São Leopoldo , v. 8, n. 1, p. 79-86, jun. 2015 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100009&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 28 out. 2022. <http://dx.doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

WRIGHT, Jesse H.; BASCO, Monica R.; THASE, Michael E.. **Aprendendo a Terapia Cognitivo - Comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008. 224 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Linha do tempo da ansiedade.



APÊNDICE C - Escala de Intensidade de Emoções



Ambulatório de Atenção Psicológica às Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC)

ESCALA DE INTENSIDADE DAS EMOÇÕES

	MEDO	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		ANSIEDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	RAIVA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		TRANQUILIDADE	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	TRISTEZA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		VERGONHA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	ALEGRIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		PREOCUP./AGONIA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	CULPA	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	OUTRA: _____		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Centro de Ciências da Saúde



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, residente e domiciliado(a) à rua _____, na cidade de _____, portador de documento de Identidade nº / órgão emissor _____, estou ciente e concordo em participar do atendimento psicológico oferecido pelo Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB. Responsabilizo-me por justificar minha ausência em caso de estar impedido de comparecer ao Serviço de Psicologia. No caso de não justificar a ausência por três vezes consecutivas, fico sujeito à perda da continuidade do atendimento. Reconheço que o atendimento psicológico poderá ser objeto de estudo científico, por estar sendo desenvolvido no Serviço de Psicologia, uma clínica escola da UFRB. Tenho ciência ainda de que toda e qualquer informação utilizada será de caráter sigiloso, de modo a garantir que minha privacidade seja respeitada, ou seja, o nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar o participante será ocultado.

Santo Antônio de Jesus, ____________

Participante _____

Estudante de Psicologia _____

Supervisor/ CRP-03 _____