



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

**A IMPORTÂNCIA DA ALIANÇA TERAPÊUTICA PARA A SUPERAÇÃO DOS  
DESAFIOS CLÍNICOS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM  
ESTUDO DE CASO**

**FERNANDA TAWANI SANTOS DE ALMEIDA**

Santo Antônio de Jesus/ BA

2022

**FERNANDA TAWANI SANTOS DE ALMEIDA**

**A IMPORTÂNCIA DA ALIANÇA TERAPÊUTICA PARA A SUPERAÇÃO DOS  
DESAFIOS CLÍNICOS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM  
ESTUDO DE CASO**

Trabalho apresentado como requisito para a  
finalização do Trabalho de Conclusão de  
Curso do Curso de Psicologia da  
Universidade Federal do Recôncavo da  
Bahia.

Professora Supervisora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jeane  
Saskya C. Tavares

Período: Abril de 2022 a Dezembro de 2022

Santo Antônio de Jesus/ BA

2022

**FERNANDA TAWANI SANTOS DE ALMEIDA**

**A IMPORTÂNCIA DA ALIANÇA TERAPÊUTICA PARA A SUPERAÇÃO DOS  
DESAFIOS CLÍNICOS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UM  
ESTUDO DE CASO**

Trabalho apresentado como requisito para a  
finalização do Trabalho de Conclusão de Curso 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: Aprovada – 8,5

**BANCA EXAMINADORA**

Documento assinado digitalmente  
**gov.br** JEANE SASKYA CAMPOS TAVARES  
Data: 22/12/2022 23:19:17-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

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

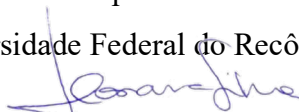
Documento assinado digitalmente  
**gov.br** INAYARA OLIVEIRA DE SANTANA  
Data: 23/12/2022 16:23:53-0300  
Verifique em <https://verificador.iti.br>

---

Inayara Oliveira de Santana

Psicóloga – Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Docente – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia



---

Leonara Maria Souza da Silva

Psicóloga – Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Psicóloga clínica com ênfase na Abordagem Cognitiva

## Agradecimentos

Agradecer é um ato de reconhecimento. Nesta oportunidade, reconheço como foi essencial a compreensão e o amor da minha família. Ao meu pai que sempre buscou proporcionar a possibilidade de me ver graduar. Ele não pôde me ver formar, mas viveu a alegria de presenciar a minha entrada na Universidade. Agradeço a minha família pelo aprendizado de acreditar na possibilidade de transformar dificuldades em crescimento. Reconheço também o meu valor quando admito meus erros e assim, posso trabalhar minhas limitações e superá-las.

Minha eterna gratidão aos meus pacientes que depositaram em mim toda esperança e confiança, mesmo em momentos cruciais de suas vidas. Agradeço a todos os filósofos, poetas, artistas, cientistas, professores e terapeutas pela dedicação em buscar o sentido de viver.

Aos docentes da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, a quem guardo grande admiração, pelos conhecimentos transmitidos que me proporcionaram uma visão mais ampla sobre a Psicologia. Em especial, agradeço à professora Jeane, que não só me orientou academicamente, mas me acolheu em momentos de angústia, sendo fundamental para a continuidade da minha caminhada de forma consciente nesse processo.

Aos colegas que fizeram parte, de alguma maneira, da minha trajetória no curso, àqueles que ainda mantenho contato e aos que buscaram outros caminhos.

À minha turma de estágio, pelo apoio e incentivo, por me dar a mão e caminhar junto comigo, pelas trocas, pelos conhecimentos compartilhados, por enxergar em vocês o exemplo de profissional que a Psicologia merece. Muito obrigada.

## Resumo

Esse estudo foi resultado das experiências no Estágio Supervisionado de Ênfase II, realizadas no Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, onde está inserido o Ambulatório de Atenção a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC), que funciona como um programa de extensão permanente. Os desafios clínicos têm grande impacto sobre o desenvolvimento do processo terapêutico, sendo necessária a identificação adequada dos problemas no tratamento, a detecção da gravidade e a origem deles. Essas situações suscitam a necessidade de avaliar a extensão desses problemas para que seja decidido o que fazer para trabalhar essas questões. Assim, é essencial construir uma aliança terapêutica sólida para que o paciente sinta que está em um ambiente acolhedor e que o terapeuta é competente e compreensivo, favorecendo o seu envolvimento efetivo no tratamento. Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo principal de apresentar casos explorando a importância e eficácia da aliança terapêutica para a superação de desafios clínicos e progresso da terapia sob a perspectiva da Teoria Cognitivo-Comportamental. A partir do relato dos casos, discute-se sobre pacientes que demandam um tempo maior de interação para estabelecer uma aliança terapêutica mais sólida e, conseqüentemente, um melhor engajamento no processo terapêutico.

**Palavras-Chave:** Terapia cognitivo-comportamental; Desafios Clínicos; Aliança Terapêutica.

## Abstract

This study was the result of experiences in the Supervised Internship of Emphasis II, carried out at the Psychology Service of the Federal University of Recôncavo da Bahia - UFRB, where the Ambulatory for Attention to People Living with Chronic Conditions (APC) is inserted, which works as a permanent extension program. Clinical challenges have a great impact on the development of the therapeutic process, requiring proper identification of treatment problems, detection of their severity and their origin. These situations raise the need to assess the extent of these problems in order to decide what to do to work on these issues. Thus, it is essential to build a solid therapeutic alliance so that the patient feels that he is in a welcoming environment and that the therapist is competent and understanding, favoring his effective involvement in the treatment. In this sense, the present work has the main objective of presenting cases exploring the importance and effectiveness of the therapeutic alliance for overcoming clinical challenges and progress of therapy from the perspective of the Cognitive-Behavioral Theory. From the case reports, it is discussed about patients who demand a longer interaction time to establish a more solid therapeutic alliance and, consequently, a better engagement in the therapeutic process

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy; Clinical Challenges; Therapeutic Alliance.

## Sumário

1. INTRODUÇÃO .....	6
2. DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS .....	9
3. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES .....	11
3.1 INTERVENÇÕES COM ROSA .....	12
3.1.1 Estabelecimento de metas.....	12
3.1.2 Reforçamento das metas estabelecidas.....	12
3.1.3 Identificação de transtornos de ansiedade .....	13
3.1.4 Escala de intensidade das emoções .....	14
3.1.5 Registro de pensamentos automáticos negativos (PAN's).....	15
3.2 INTERVENÇÕES COM MARIA.....	15
3.2.1 Estabelecimento de metas.....	15
3.2.2 Tabela de vantagens e desvantagens .....	16
3.2.3 Avaliação da qualidade do relacionamento com o namorado .....	16
3.2.4 Escala de intensidade das emoções.....	18
4. ALIANÇA TERAPÊUTICA.....	19
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	20
6. REFERÊNCIAS .....	21
APÊNDICES .....	23
ANEXOS .....	26

## 1. INTRODUÇÃO

O presente relatório resulta do Estágio Supervisionado Ênfase II que está inserido no campo de atuação da Psicologia clínica com abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Todas as atividades foram realizadas no Serviço de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, onde está inserido o Ambulatório de Atenção a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC), que funciona como um programa de extensão permanente e contribui, dentre outras coisas, para a formação dos estudantes a partir do atendimento psicológico clínico a pessoas que vivem com condições crônicas (TAVARES et al, 2022). As atividades desenvolvidas até a finalização do artigo aconteceram entre agosto e novembro.

Primeiramente, foi dado início às triagens, que ocorreram com atendimentos individuais. Nesse momento começamos o contato inicial com os pacientes e isso já passou a exigir de nós uma escuta sensível desde esse instante. Esse período foi importante também para pensar na importância do estabelecimento de vínculos, uma vez que alguns pacientes não tinham facilidade em expor suas questões para outras pessoas, mesmo em um ambiente sigiloso, e o vínculo pode ser um facilitador nessas situações. Durante essa fase, as discussões coletivas também foram contribuindo para as possíveis intervenções com os pacientes que já estavam sendo atendidos, junto com a orientação da professora que supervisionava o estágio.

Ao longo do percurso realizei três triagens, todas as pacientes eram mulheres, pardas ou pretas, cada uma em diferentes fases da vida e com trajetórias que levantaram algumas reflexões. A partir desses atendimentos, e de outros feitos por colegas, foi possível perceber que algumas questões são frequentes e centrais para os pacientes que chegaram até o Serviço de Psicologia da UFRB, como o machismo e patriarcado, racismo e outras questões que são estruturantes da nossa sociedade e que se relacionam com o sofrimento psíquico da população. Por isso, buscar uma formação que alcance a compreensão dessa estrutura social é fundamental para uma atuação mais integral e que seja efetiva para o sujeito.

Com a divisão dos casos fiquei responsável por duas pacientes que apresentavam sintomas de ansiedade, sendo essa uma das queixas que traziam. Segundo Leahy (2009), a ansiedade pode ser entendida como uma reação natural e necessária ao corpo, mas, quando em excesso, traz consequências comprometedoras para a vida do indivíduo, passando de reação natural a transtorno. Pode, ainda, ser descrita como um sentimento caracterizado por

desconforto ou tensão derivado da antecipação do perigo, de algo desconhecido ou estranho. De forma geral, o transtorno de ansiedade caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas físicos e psicológicos que interferem no funcionamento cognitivo e comportamental. É uma condição que impacta na capacidade de trabalhar de forma eficaz, ter uma vida social e manter relações estáveis. E, apesar de ser visto como uma questão do indivíduo, é algo que repercute de forma ampla na sociedade como um estresse coletivo (LEAHY, 2009; OLIVEIRA, 2011).

No início do processo terapêutico as pacientes também apresentaram comportamentos evitativos e de esquiva, que podiam ser observados na clínica e fora dela, e impactavam no segmento da psicoterapia, uma vez que havia certa resistência para desenvolver atividades necessárias para o alcance das metas estabelecidas. Esta é uma situação considerada pela TCC como desafio clínico na terapia. Beck (2007) diz que a arte da condução do processo terapêutico está pautada na identificação adequada dos problemas no tratamento, na detecção da gravidade e a origem deles. As dificuldades que os pacientes apresentam podem estar relacionadas a diversos fatores complexos, podendo ser externos ou inerentes ao tratamento, por erro do terapeuta ou patologia do sujeito. Alguns comportamentos problemáticos que são apontados pela autora apareceram na prática de estágio como a não contribuição contínua para a agenda colaborativa, atrasos e faltas frequentes às sessões e a não realização das atividades extra sessão propostas.

Essas situações suscitam a necessidade de avaliar a extensão desses problemas que aparecem nas sessões para que seja decidido o que fazer para trabalhar essas questões. É importante identificar se é algo que acontece de forma breve ou persistente em um encontro ou se ocorre em diversos atendimentos. Beck (2007) aponta que “A maioria dos problemas terapêuticos podem ser resolvidos por meio da solução de problemas, modificação das cognições dos pacientes ou mudança de comportamento do terapeuta.” (p. 20). Quando os problemas mesmo assim ainda persistem, é fundamental avaliar os fatores externos à sessão terapêutica que podem estar relacionados com a necessidade de um tratamento complementar, com a medicação, ambiente familiar ou laboral muito prejudicial ao paciente, dentre outras questões que podem surgir.

Assim, é essencial construir uma aliança terapêutica sólida para que o paciente sinta que está em um ambiente acolhedor e que o terapeuta é competente e compreensivo, favorecendo o seu envolvimento efetivo no tratamento. Isso vai requerer do profissional uma variação no seu estilo de atuação para que se compatibilize adequadamente a cada paciente e situação apresentada, pois a forma como a pessoa processa e estrutura a realidade por meio de suas



cognições está diretamente relacionada ao modo como a pessoa se comporta e se sente, portanto, será preciso perceber o momento de ser mais ou menos confrontadores, bem-humorados, estruturados ou didáticos (BECK, 2007, 2014).

Uma das ferramentas apontadas por Beck (2007) para o fortalecimento da aliança terapêutica é a solicitação do feedback, segundo a autora alguns pacientes ficam felizes em perceber que o terapeuta se disponibiliza a ouvir críticas, fazer correções ou modificar o tratamento. Esse é um momento que pode ajudar também a identificar se há problemas ou não na relação terapêutica. Por isso, é importante estar atento ao ouvir os relatos e o feedback, pois a TCC está mais preocupada com a interpretação que o sujeito faz da realidade do que apenas com as situações que são relatadas na sessão, entendendo que é a partir dessa observação que vai ser possível perceber os esquemas que o sujeito tem e desenvolver as intervenções mais adequadas para cada caso (BECK, 2014).

É importante salientar que a TCC tem um modelo psicoeducacional, com caráter ativo e diretivo, sendo um tipo de terapia breve e focal, tendo como princípio norteador a relação terapêutica colaborativa estabelecida entre terapeuta e paciente, no intuito de corrigir crenças disfuncionais na vida do sujeito a partir de técnicas para mudar o pensamento, humor e comportamento, ou seja, em busca de uma flexibilidade cognitiva. Portanto, nos casos de ansiedade, o tratamento na abordagem cognitivo-comportamental requer um foco na resolução de problemas e na habilidade de escolhas. Assim, os ganhos do paciente se encaminham ao desenvolvimento da autonomia, pois ele se desloca de uma postura passiva e evitativa em função do sentimento de impotência, de incapacidade e do medo de tomar decisões, a uma conduta mais flexível e consciente das suas reais possibilidades de escolha (BECK, 2014; OLIVEIRA, 2011).

Nesse sentido, o presente trabalho tem o objetivo principal de apresentar casos explorando a importância e eficácia da aliança terapêutica para a superação de desafios clínicos e progresso da terapia sob a perspectiva da Teoria Cognitivo-Comportamental. Os objetivos específicos consistem em descrever e analisar o impacto de pensamentos e comportamentos disfuncionais nos atendimentos e apresentar as principais técnicas utilizadas na condução da psicoterapia.

Esse estudo justifica-se pela importância do reconhecimento e superação de obstáculos que podem inviabilizar o progresso da terapia e pela possibilidade de refletir sobre o exercício

clínico na TCC a partir do entrelaçamento da teoria e prática, desenvolvendo conhecimento científico e técnico sobre as experiências abordadas.

É importante destacar que, na sessão de avaliação inicial, foi apresentado às pacientes, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 01), procedimento padrão do serviço de Psicologia da UFRB, esclarecendo devidamente o seu conteúdo e sendo assinado, posteriormente, pela paciente, estagiária e supervisora.

## **2. DESCRIÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS**

O primeiro caso é o de Rosa<sup>1</sup>, sexo feminino, na faixa etária entre 42 anos de idade, auto declarada parda, casada, mãe de duas filhas, ensino médio completo e desempregada. Reside com o marido e as filhas em uma casa alugada, onde as despesas são divididas entre o marido e a filha mais velha.

Buscou o Serviço de Psicologia apresentando queixas de estar sofrendo com ansiedade e síndrome do pânico há 13 anos e vivenciando um luto pela perda do irmão adotivo, o que ainda a mobiliza muito. Relatou que em ambientes com muitas pessoas e em filas de banco a ansiedade se eleva. Foi estabelecido como meta principal a diminuição da ansiedade, pois isso afetava a sua vida diária e a saúde física também. Rosa sofria com fibromialgia e hipertensão.

Quanto a vida social, afirmou não ter amigos e não fazer questão, pois sente que quem se aproxima dela é parar tirar algum proveito, as únicas pessoas que têm contato são membros da família, principalmente com as filhas, a mãe, os sobrinhos e o marido, com quem afirma ter uma boa relação. Nunca teve trabalho formal, porém gosta e tem habilidades com trabalho em salão de beleza, demonstrando vontade de abrir seu próprio negócio, mas as dores que sente em decorrência da fibromialgia a faz sentir que não vai conseguir dar conta das atividades. Quando perguntada a respeito do autoconceito, disse que se considera uma pessoa triste, que não tem mais vaidade e com baixa autoestima, em alguns momentos lamentou não conseguir trabalhar para ter seu próprio dinheiro e ser menos dependente.

Em diversas ocasiões Rosa afirmou sentir culpa pela morte do irmão, que aconteceu em um hospital onde chegou com uma contusão na cabeça precisando fazer uma cirurgia e enquanto ficou internado foi diagnosticado com HIV. Ela acredita que houve negligência médica e que ela poderia ter feito algo para mudar a situação dele como transferi-lo de hospital. Durante as

---

<sup>1</sup> Todos os nomes apresentados ao longo do trabalho são fictícios, a fim de preservar a identidade dos envolvidos.

sessões, sempre que falava do irmão chorava e demonstrava apego a sobrinha, filha do irmão que faleceu, como forma de manter a sua memória viva através dela.

Nas primeiras sessões apresentou um comportamento de esquiva, dando respostas rápidas sobre si mesma e voltando a atenção para outras pessoas da sua vida, sendo necessário reforçar as metas estabelecidas e a responsabilidade que tinha no próprio processo terapêutico. A partir daí, foi possível obter mais informações sobre seus próprios pensamentos e emoções, o que favorecia no desenvolvimento de intervenções mais adequadas para o atingimento das metas.

O segundo caso é o de Maria, sexo feminino, 20 anos de idade, autodeclarada preta, solteira, cursando ensino superior e trabalhando com produção de mídias digitais para redes sociais. Reside em uma casa própria com o irmão mais novo (Caio) e a mãe, com quem divide as despesas.

Procurou o Serviço de Psicologia se queixando de estar exausta a ponto de querer desistir de tudo. Sempre assumiu responsabilidades domésticas e familiares desde criança e isso a fez deixar de viver o que gostaria em função das atribuições dadas a ela, afirmando “tenho a sensação de estar deixando a vida passar sem aproveitar”. Quando tinha 15 anos os pais se separaram e a mãe foi embora de casa, deixando ela e o irmão mais novo com o pai, isso fez com que Maria precisasse assumir os cuidados de casa e do irmão, que na época tinha 2 anos. Dois anos depois os dois foram morar com a mãe e ela disse ter perdido contato com o pai, que não demonstra interesse em saber do bem estar dos filhos. Durante as sessões disse que se sente errada quando tenta fazer algo para si mesma para aproveitar a vida, que está acostumada a resolver problemas, sobretudo os que envolvem a família.

Maria não apresentou nenhuma condição de saúde crônica, apenas dores que se instalam na lombar em momentos de ansiedade e estresse elevados. A respeito da vida social, disse ter amigos, mas não sentir vontade de estar o tempo inteiro com eles, pois geralmente acha os momentos de interação cansativos. Na faculdade não faz trabalhos em grupo, acredita que a divisão de tarefas não funciona e, para evitar “dor de cabeça”, faz sozinha ou com um colega com quem tem vínculo desde o início de curso. Afirma que os melhores momentos do dia é quando não está em casa, porque esse é um ambiente em que se sente pressionada pela mãe principalmente para que continue assumindo os cuidados de Caio e, por conta disso, está fazendo planos para morar sozinha.

Tem um namorado com quem está junto há 2 anos. Relata gostar dele e ter uma relação de companheirismo, apoio e cuidado, sentimento que foi mudando ao longo da terapia,

principalmente depois de um episódio em que ele invadiu sua privacidade mexendo em seu celular sem permissão para ler suas conversas. Minutos depois confessou o que fez, mas a desconfiança entre os dois permaneceu mesmo assim.

Quando foi feita uma tentativa de aprofundar sobre a relação dela com o namorado, Maria apresentou comportamento evitativo, preferindo falar sobre outras temáticas. Além disso, faltou e chegou atrasada em algumas sessões, não quis conversar sobre determinados assuntos que eram pautas do dia e não fez algumas atividades propostas. Fora do ambiente clínico esse comportamento se apresentava na dificuldade de tomar decisões necessárias para o atingimento das metas. Essas ações se configuram como o padrão de comportamento compensatório de Maria.

É importante ressaltar que ambas as pacientes são cuidadoras e dedicam mais atenção à família do que a si mesma. Esse fator repercutiu na clínica, principalmente nos momentos em que era necessário priorizar suas próprias questões para avançar na terapia.

### **3. DESCRIÇÃO DAS INTERVENÇÕES**

Segundo Beck (2014), para a terapia cognitivo-comportamental (TCC), a forma como o sujeito pensa e interpreta os acontecimentos resulta em sintomas emocionais, fisiológicos e comportamentais. Portanto, suas intervenções têm como principal objetivo mudar os sistemas de significados dos pacientes a fim de reduzir os sintomas prejudiciais. Lembrando que a TCC visa não somente solucionar problemas imediatos do sujeito, mas, também, procura dotá-lo de um novo sistema de técnicas e estratégias, a partir da psicoeducação e reestruturação cognitiva, objetivando torná-lo capaz de dar respostas de maneira funcional, entendendo que funcional se define como a utilização de métodos empiricamente eficazes para atingir suas metas. Ao longo do trabalho serão apresentadas as principais técnicas utilizadas até o momento em que esse texto foi finalizado.

Vale ressaltar que as sessões seguiram um roteiro baseado nos princípios da TCC (BECK, 2014). De forma geral, os encontros eram semanais, duravam 50 minutos e, quando necessário para o alcance do objetivo preestabelecido da sessão, esse tempo se estendia um pouco mais.

### 3.1 INTERVENÇÕES COM ROSA

#### 3.1.1 Estabelecimento de metas

Para Beck (2014) o estabelecimento das metas pode ajudar na redução da ansiedade do paciente, uma vez que este passa a saber o que esperar da terapia e é algo construído junto com ele, fortalecendo desde o início a aliança terapêutica, visto que o trabalho é colaborativo. As metas são revisadas durante o processo terapêutico para avaliar se algo precisa ser modificado. Tomando isso como base, a fim de promover a resolução de forma eficaz dos problemas, foi feito com Rosa o levantamento de metas para a terapia, mostrado no (QUADRO 1).

<b>METAS</b>	<b>SUBMETAS</b>
Controlar a ansiedade e as crises de pânico	Identificar o transtorno de ansiedade predominante  Identificar os pensamentos que desencadeiam a crise
Trabalhar o sentimento de impotência em decorrência da fibromialgia	

Quadro 01- Metas de Rosa

Ressaltando que foi preciso de duas sessões com Rosa para a definição das metas, uma vez que se fez necessário dar espaço para que a paciente falasse sobre as emoções que estavam a mobilizando devido ao luto vivenciado.

#### 3.1.2 Reforçamento das metas estabelecidas

Na terceira sessão foi preciso retomar com Rosa as metas estabelecidas para o processo terapêutico, pois foi percebido que havia uma certa resistência em falar sobre si mesma e dar mais atenção a outras pessoas da sua vida. Chamei atenção para o fato de que a terapia era voltada para ela e que havia uma corresponsabilidade entre terapeuta e paciente, por isso era importante que a prioridade ali fosse ela. Perguntei se as metas ainda faziam sentido, se estava se sentindo confortável com a forma que os atendimentos estavam sendo conduzidos ou se gostaria de sugerir alguma modificação. No primeiro momento, tive receio de que a paciente não reagisse bem a isso, mas depois de feito percebi que houve um efeito imediato de progresso na psicoterapia, ela disse que entendia que falava pouco sobre si mesma e não quis modificar nada. Inclusive, essa foi a sessão em que foi possível obter mais relatos sobre pensamentos e emoções presentes em momentos de crise.

Porém, na sessão seguinte, foi necessário fazer um novo combinado entre nós, pois Rosa afirmava que precisava de tempo para falar sobre situações que mexeram com seu emocional ao longo da semana. Ficou acordado, então, que reservaríamos o início da sessão para que ela falasse sobre o que desejava e a outra parte para trabalharmos a agenda do dia.

### 3.1.3 Identificação de transtornos de ansiedade

início da terapia Rosa chegou se queixando de sofrer transtorno do pânico, mas como não havia diagnóstico e ela apresentava sintomas de outras possíveis condições, foi importante apresentar alguns transtornos de ansiedade para que, junto com ela, fosse possível identificar qual se encaixava melhor com os sintomas que apresentava em momentos de crise. Foi construído pela terapeuta e apresentado à paciente uma lista com os principais transtornos de ansiedade trazido por Leahy (2009). (Apêndice A).

Nesse momento foi feito um trabalho de psicoeducação, que, se feita de forma eficaz durante todo o processo terapêutico, instrumentaliza os pacientes com conhecimentos que os ajudará a reduzir o risco de recaída e ensina a continuar aplicando os métodos de autoajuda cognitivos e comportamentais de forma autônoma, mesmo após a conclusão da terapia (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

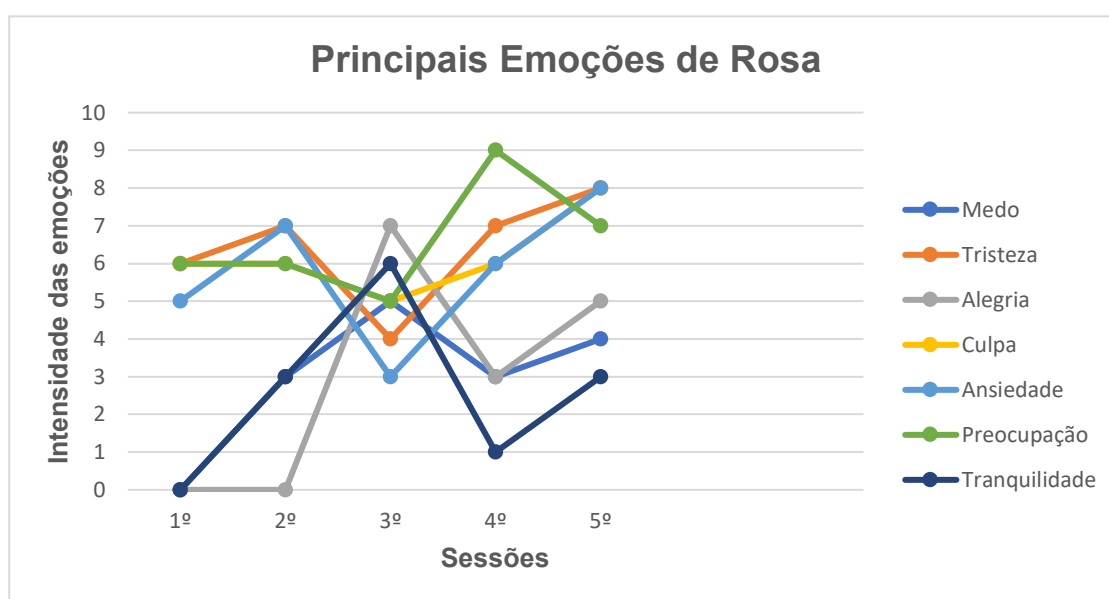
Então, junto com a paciente, fui detalhando os sintomas de cada transtorno e abrindo espaço para que ela falasse ou tirasse alguma dúvida. No fim do exercício, os sintomas de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), transtorno do pânico e fobia específica foram relacionados por ela como condizentes ao que ela experienciava. Diante disso, o segundo passo foi fazer um *ranking* entre esses transtornos para identificar qual era o mais proeminente no dia a dia e em momentos de crise, a paciente afirmou que a síndrome do pânico está mais associada à sua condição, seguido pela fobia específica e TEPT.

Na sequência, o planejamento era identificar os pensamentos que desencadearam os sintomas iniciais do transtorno de pânico, mas Rosa demonstrou resistência à proposição do exercício, afirmando precisar de mais tempo para falar sobre situações que a incomodaram ao longo da semana. Em uma segunda tentativa, a paciente teve dificuldade de identificar os pensamentos.

### 3.1.4 Escala de intensidade das emoções

A verificação de humor deve estar presente em todas as sessões como forma de acompanhar a evolução das emoções ao longo da terapia. É uma ferramenta que possibilita também a evocação de pensamentos automáticos e disfuncionais, uma vez que estes podem estar com carga emocional elevada. É apresentado ao paciente uma escala de emoções (Anexo 02) que vai de 0 a 10 pontos de intensidade, geralmente feito no início das sessões, mas podendo variar de acordo com o que o terapeuta julgar mais proveitoso (BECK, 2013; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Através da utilização desse instrumento foi possível rastrear a intensidade das emoções e identificar como elas estavam influenciando o comportamento das pacientes.



No caso de Rosa, foi possível perceber que a tristeza e a culpa estiveram intensas e presentes em todas as sessões até a finalização desse texto. Isso se associa ao fato de a paciente estar vivenciando um luto pela perda recente do irmão e sentir que poderia ter salvado sua vida se tivesse transferido ele de hospital para receber os cuidados que achava mais adequados.

Na 3ª sessão foi possível perceber uma mescla de sentimentos, pois pela primeira vez a paciente afirmou ter sentido alegria em decorrência de uma viagem em família, algo que não fazia há algum tempo principalmente pelo medo que sentia em viajar sozinha ou com pessoas que ela sentia que não poderiam ajudar em situações de crise do pânico. Um outro momento de alegria relatado por Rosa ocorreu na 5ª sessão, que aconteceu uma semana após o feriado 02 de novembro, em que contou sobre a sua ida ao cemitério para visitar o irmão, momento esse que

desencadeou um misto de emoções como a culpa e a tristeza, sentimentos que afirma carregar desde o primeiro episódio de pânico e que se intensificaram com as perdas de pessoas próximas.

Com exceção da alegria e tranquilidade que surgiram em momentos pontuais, as emoções de Rosa se mantiveram estáveis ao longo da terapia. O fato de a paciente ter faltado a 3 sessões e chegado atrasado em 2, além de ter deixado de fazer algumas atividades que eram necessárias para trabalhar na diminuição da ansiedade, uma das metas, pode ter contribuído para a permanência dessas emoções de forma intensa.

### 3.1.5 Registro de pensamentos automáticos negativos (PAN's)

Todas as pessoas têm pensamentos automáticos, em alguns momentos vão ser lógicos e condizentes com a realidade e em outros pode ocorrer um erro no raciocínio ou distorções cognitivas. O uso do registro de PAN's pode auxiliar na modificação das cognições e no aumento da consciência de seus padrões cognitivos e comportamentais (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Essa ferramenta foi utilizada como atividade de casa para Maria e Rosa, mas ambas não fizeram os registros. Busquei entender se havia alguma dificuldade ou não compreensão do que era para ser feito, mas não apontaram problemas, afirmavam apenas que esqueciam de registrar no momento da situação e achavam que não era necessário fazer depois do ocorrido. Como forma de conseguir acompanhar e identificar os PAN's, os registros passaram a ser feitos na própria sessão, entendendo que era importante obter com mais detalhes o padrão de pensamento e comportamento das pacientes, até mesmo para uma futura conceituação cognitiva.

## 3.2 INTERVENÇÕES COM MARIA

### 3.2.1 Estabelecimento de metas

METAS	SUBMETAS
Preparar a saída de casa	<p>Escolher bairro, casa e estabelecer custos que pode arcar com o salário que ganha</p> <p>Pensar nas vantagens e desvantagens da mudança</p> <p>Se organizar financeiramente e poupar dinheiro</p>



Controlar a ansiedade	
-----------------------	--

Quadro 02- Metas de Maria

### 3.2.2 Tabela de vantagens e desvantagens

Essa intervenção foi desenvolvida com Maria, visto que uma de suas metas era morar sozinha. Nesse sentido, foi proposto alguns exercícios para que ela começasse a se organizar para essa saída de casa. Para Maria, essa iniciativa não era fácil, pois afirmava sentir dificuldade de tomar decisões e isso repercutia em um comportamento evitativo, sendo necessário trabalhar essa operacionalização durante algumas sessões.

Primeiro foi preciso lidar com a dificuldade de tomar decisões, entendendo que ela colocava algumas situações como prioridade para não ter que encarar algo que se apresentava como desafiador para ela. A partir disso, foi feita uma tabela com vantagens e desvantagens de sair de casa (Anexo 03). Nessa sessão, a paciente apontou que um dos maiores impeditivos para a sua saída era o irmão, pois tinha medo dele não ser cuidado da forma adequada sem sua presença, responsabilidade carregada por Maria, mas que deveria ser da sua mãe. Como vantagem, ressaltou a liberdade e autonomia que teria.

Ao longo da terapia foi sugerido que a paciente se utilizasse desse exercício sempre que sentisse dificuldade para tomar alguma decisão, uma vez que ele possibilita ter uma dimensão maior das situações que se apresentam.

### 3.2.3 Avaliação da qualidade do relacionamento com o namorado

Em uma das sessões, Maria relatou uma situação em que o seu namorado (Márcio) havia mexido em seu celular para ler algumas conversas dela, pois sentia que poderia estar sendo traído. Além disso, seu parceiro ainda instalou um aplicativo para monitorar tudo o que ela fazia no aparelho, mas disse ter se arrependido e contou tudo para a paciente. Nesse momento ela afirmou que começou a ter crise de ansiedade, não só por conta do que ele fez, mas também ao perceber o comportamento agressivo de Márcio, que reagiu dando socos na cama e chutes no chão. Mesmo assim, ela permaneceu ao lado dele por medo do que ele poderia fazer consigo mesmo, visto que ela percebeu que ele estava transtornado e queria ajudar de alguma forma. A evitação de se retirar para benefício do outro é coerente com o padrão de ser cuidadora e que repercute como comportamento compensatório também.

Ao fazer um registro de emoções sobre essa situação, a paciente afirmou ter sentido ansiedade e medo, pois ela não tinha controle sobre ele e tinha “receio de que ele também não fosse conseguir se segurar”. Quando perguntei o que a paciente pensou durante esse momento, ela afirmou ter pensado que precisava ajudar Márcio de alguma forma, “que não ia deixar ele sozinho porque poderia ser pior”.

A partir dessa situação, foi identificado traços de um relacionamento abusivo e foi importante fazer uma avaliação da qualidade do relacionamento dos dois, pois não havia muita informação a respeito de Márcio e nem da relação deles. Estudos têm indicado diversos fatores contribuintes para a permanência de mulheres em relacionamentos abusivos, tais como: dependência financeira, dependência psicológica, medo de morrer, esperança de mudança do companheiro, sentimentos de desvalorização, inferioridade e culpa, entre outros (GOMES e FERNANDES, 2018). Maria já apresentava um padrão comportamental de se responsabilizar de forma recorrente pelos cuidados dos outros, mesmo que isso significasse abrir mão do seu bem estar em prol dessas pessoas, o que pode ter influenciado em sua permanência nessa relação.

Na primeira tentativa de conversar melhor sobre o relacionamento na 2<sup>o</sup> sessão, Maria disse que não queria falar sobre isso e colocou outra pauta na frente como forma de evitar chegar nesse tema. Sua decisão foi respeitada deixando a possibilidade de que ela mesma levantasse o assunto quando se sentisse confortável.

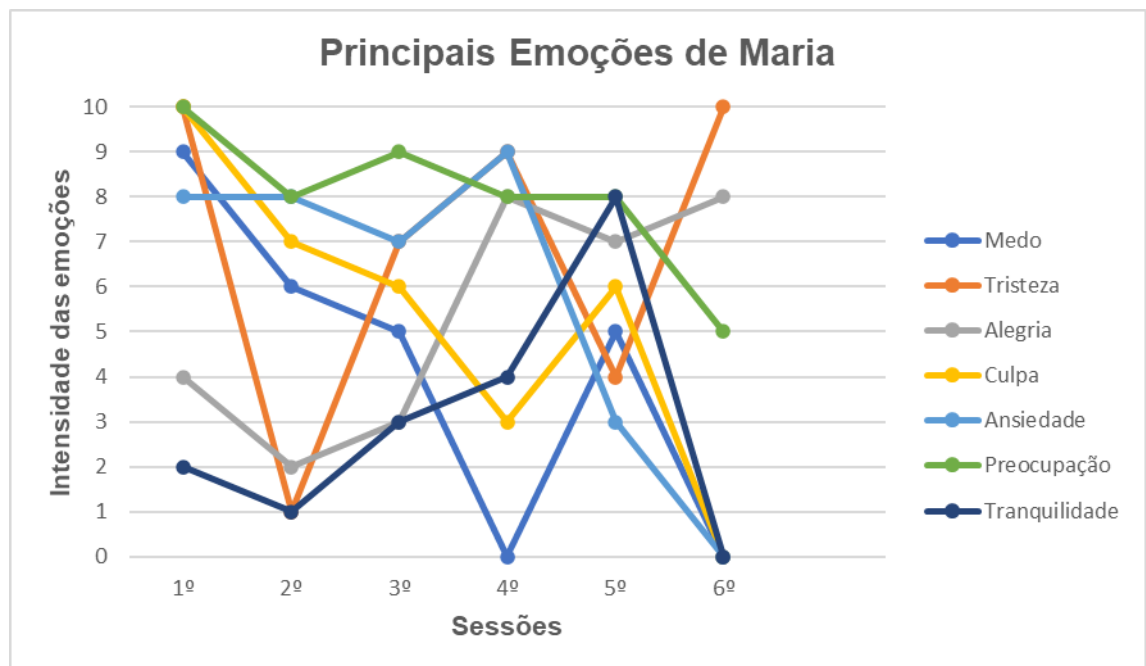
Na sessão seguinte ela trouxe de volta o relacionamento para a conversa, então esse momento de abertura foi aproveitado para começar a apresentar algumas situações abusivas em uma relação a partir de alguns cards desenvolvidos pela terapeuta, de acordo com o discute Gomes e Fernandes (2018). (Apêndice B). Ao perguntar se ele já havia gritado com ela, a resposta foi sim, principalmente quando ele explicava algo e ela não entendia ou quando ela questionava algum comportamento dele, que respondia a chamando de maluca e lenta. Ao perguntar como a paciente se sentia sendo tratada dessa forma ela disse se sentir desrespeitada. Dando sequência às outras situações, as únicas que não estavam presentes no namoro eram relativas a ele prestar apoio para ela, não pedir que se afastasse de amigos ou familiares e em relação a ele fazer algo contra si mesmo caso ela terminasse a relação.

Ao final da sessão foi explicado que essas situações eram características de uma relação abusiva e que isso poderia ajudá-la a entender os motivos de estar sentindo a relação desgastada

e em dúvida sobre continuar ou não com o parceiro. Demonstrei a Maria que algumas ações que são vistas como cuidado pode ser, na verdade, uma interferência na sua autonomia e decisão. Por exemplo, ele já escondeu um remédio que ela tomava para dores musculares, pois a paciente queria parar com o medicamento e não conseguia. Ele, então, escondeu o remédio forçando a paciente a parar. Esse relato foi apresentado por Maria como um sinal de cuidado, então foi preciso explicá-la que, por mais que ela tenha entendido que foi benéfico parar com a medicação, essa era uma decisão sua e não dele. A percepção que ela teve inicialmente sobre o comportamento do namorado pode estar apoiada na dificuldade que a paciente tem na tomada de decisão, fazendo com que ela visse a ação dele como iniciativa e não invasão. A partir de exemplos como esse, junto com ela, fomos identificando situações inadequadas na relação e isso foi ajudando a paciente a refletir sobre seu namoro.

Antes desse momento Maria afirmava querer terminar o namoro, mas não ter um motivo para isso. Após esse exercício ela conseguiu ter uma outra perspectiva e refletir sobre o que seria melhor para ela, entendendo que a decisão que tomasse era importante para começar a cuidar de si mesma ao invés de priorizar sempre o outro. Buscando mudar a ideia de egoísmo que carregava para um ato de auto cuidado.

#### 3.2.4 Escala de intensidade das emoções



No primeiro atendimento a paciente chegou com níveis altos de preocupação, medo, culpa e ansiedade devido ao desentendimento que teve com o namorado, por ele ter mexido no

seu celular e agido de forma agressiva fazendo com que ela se sentisse culpada e com medo do que ele poderia fazer. Além disso, ainda havia a preocupação com a decisão de sair de casa, pois a mãe, nesse momento, não dava apoio e afirmava que não a aceitaria de volta caso decidisse sair, pois esse era um ato egoísta. Nessa sessão, foi feita a tabela de vantagens e desvantagens de sair de casa para identificar qual o maior obstáculo e a maior vantagem para a tomada de decisão. Pensar nesses pontos a deixou mais tranquila, o que pode ser percebido na segunda sessão.

Na sessão seguinte foi possível perceber que as emoções apontadas anteriormente ainda continuavam de forma intensa apesar de terem caído um pouco, isso se deveu ao fato de ainda estar com o relacionamento estremecido e com possibilidade de término. Disse não ter ficado triste com a possibilidade, pois havia vontade de terminar, mas não conseguia tomar uma decisão.

Os níveis de tristeza e ansiedade oscilaram enquanto que a culpa e o medo diminuíram nas 3<sup>o</sup> e 4<sup>o</sup> sessões. Aqui foram discutidas questões relativas à saída de casa e a culpa que sentia por não conseguir tomar decisões. Foi pensado lugares para alugar casa, pessoas com quem pudesse contar caso necessitasse de ajuda, foi feito um planejamento para que não precisasse recorrer a sua mãe. A paciente conseguiu enxergar possibilidades viáveis para o alcance da sua meta, aumentando sua expectativa e, conseqüentemente, os níveis de alegria e tranquilidade.

Na 5<sup>o</sup> e 6<sup>o</sup> sessões os níveis de emoção foram influenciados por diferentes situações, que envolviam o namorado e sua família. Aqui continuamos conversando sobre seu relacionamento enquanto ia apresentando as situações abusivas em uma relação nos cards (Apêndice B), a paciente afirmou que 7 das 10 situações estavam presentes em seu relacionamento, o que a deixou refletindo se realmente não havia motivos para o término. Por um lado, ficou mais tranquila e por outro ficou com medo de tomar uma decisão. A partir de então foi sugerido que a paciente começasse a pensar nos custos e benefícios de cada situação para que conseguisse visualizar melhor as possíveis decisões a serem tomadas.

#### **4. ALIANÇA TERAPÊUTICA**

A relação terapêutica estabelecida foi fortemente marcada, dentre outras situações já citadas, pela resistência de acessar as cognições negativas das pacientes, de modo que, desde o início, era necessário ter paciência e persistência, reforçar os acordos e solicitar sempre feedback.

Com Rosa a relação foi um pouco mais delicada, a paciente em alguns momentos interrompia a fala da terapeuta, dedicava pouca atenção aos cuidados de si mesma deixando de seguir orientações e atividades propostas intra e extra sessão. Em alguns momentos foi perceptível a dificuldade de acessar determinados conteúdos, principalmente os que envolviam pensamentos automáticos negativos, dificultando a identificação da crença central.

Já com Maria houve a recorrência de faltas, duas vezes, e atrasos inicialmente, além da evitação de falar sobre determinados assuntos. Aos poucos a aliança terapêutica foi se estabelecendo de forma que essas situações diminuíram, sendo possível observar avanços em direção ao objetivo estabelecido e a mudança de perspectiva nas relações interpessoais que estabelecia. Em uma das sessões chegou a relatar estar animada e curiosa para saber qual seria a agenda do dia. Ao mesmo tempo em que não havia a colaboração da mesma para a agenda, ficando numa posição de passividade, que também era sintoma da dificuldade de tomar decisões.

As ações das duas pacientes podem ser entendidas como comportamentos compensatórios que se expressam a partir desses sintomas. Assim, as resistências das pacientes são percebidas não como uma resistência à terapeuta, ou ao tratamento, mas à própria sensação de desconforto que acessar as cognições mais negativas pode causar. Isso repercutiu diretamente na aliança terapêutica e nas metas estabelecidas, uma vez que a técnica cognitivo-comportamental se baseia na relação colaborativa e, sem esta, se torna dificultoso o progresso da terapia, que depende do engajamento das pacientes. Em casos como esse é importante que haja um maior tempo de interação com a paciente para estabelecer uma aliança mais sólida e alcançar as metas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência proporcionada pelo APC evidenciou a amplitude e complexidade no trabalho clínico do Psicólogo e o impacto que esse serviço tem sobre a comunidade, oferecendo serviço gratuito e de qualidade para pessoas que vivem em contexto socioeconômico de vulnerabilidade, fortalecendo o compromisso ético e social não só do profissional, mas da Universidade também. Ao passo em que as estudantes responsáveis pela condução dos atendimentos também são beneficiadas podendo vivenciar, de forma crítica, as práticas apoiadas em teorias que embasaram toda a trajetória acadêmica, principalmente a partir das técnicas cognitivo-comportamentais, abordagem que fundamentou todo o trabalho nesse estágio.

A partir do relato dos casos, discute-se sobre pacientes que demandam um tempo maior de interação para estabelecer uma aliança terapêutica mais sólida e, conseqüentemente, um melhor engajamento no processo terapêutico. Para as pacientes apresentadas aqui, as sessões obtidas, até a finalização desse texto, não foram suficientes para atingir as metas estabelecidas, principalmente por questões relativas ao padrão de comportamento das pacientes que exigiram um processo mais vagaroso, visto que estas traziam consigo demandas para além daquelas que apresentavam como queixa.

É importante chamar atenção também para necessidade de fomentar literatura explorando tal temática no contexto clínico da TCC. A teoria jamais dará conta de toda complexidade dos fenômenos na relação humana, mas é necessário desenvolver saberes que orientem a atuação profissional para uma prática mais efetiva. Além disso, é fundamental estar em constante processo de atualização de conhecimentos, entendendo que as teorias e técnicas podem se tornar obsoletas ou inadequadas para determinado público ou momento histórico.

No mais, os ganhos práticos e teóricos obtidos ao longo do estágio foram essenciais para a minha formação profissional e pessoal, principalmente para o exercício de distanciamento das questões particulares, como alguém que está ali enquanto profissional, mas que ainda assim é um sujeito no mundo, com as das pacientes.

## 6. REFERÊNCIAS

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática**. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, Judith S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona** / Judith S. Beck; tradução Sandra Moreira de Carvalho. Porto Alegre: Artmed, 2007.

GOMES, Ingrid Raphaelle Rolim; FERNANDES, Sheyla C. S. A permanência de mulheres em relacionamentos abusivos à luz da teoria da ação planejada. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo, v. 38, n. 94, p. 55-66, jan. 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/bapp/v38n94/v38n94a06.pdf>. Acesso em 27 out. 2022.

LEAHY, R. L. (2009). **Livre de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed.

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](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872011000100006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 27 out. 2022.

TAVARES et al. Ambulatório de atenção às pessoas em condições crônicas. In: Psicologia na UFRB: diversidade e territorialidade. Organizadoras: Regina Marques de Souza Oliveira, Kelly Cristina Atalaia da Silva e Ana Flávia de Souza Santana. Cruz das Almas, Ba: EDUFRB, 2022. 340p. Disponível em: <https://online.fliphtml5.com/sjtcu/aivg/#p=1>. Acesso em: 20 out. 2022.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado**. Tradução: Mônica Giglio Armando. Porto Alegre: Artmed, 2008.

## **APÊNDICES**



## Apêndice A- Lista de Transtornos de Ansiedade

**Fobia específica.** É o medo de um estímulo ou situação específica: aviões, elevadores, água, certos animais, etc. Sua crença subjacente é a de que a coisa é de fato perigosa em si mesma (o avião pode cair, o cachorro pode morder).

---

**Transtorno de pânico.** É o medo de suas próprias reações fisiológicas e psicológicas a um estímulo - em essência, medo de um ataque de pânico. Quaisquer anormalidades, tais como respiração alterada ou batimentos cardíacos acelerados, vertigens, suores ou tremores são vistos como sinais de colapso iminente, insanidade ou morte. A evitação que acompanha as situações que podem acionar essas reações é conhecida como *agorafobia*

---

**Transtorno de ansiedade generalizada (TAG).** Essa é, essencialmente, uma tendência em se preocupar continuamente com um monte de coisas. Os pensamentos se voltam para a imaginação de todas as possíveis consequências negativas e de possíveis maneiras de impedi-las. O transtorno muitas vezes é acompanhado por sintomas físicos de estresse: insônia, tensão muscular, problemas gastrintestinais, etc.

---

**Transtorno de ansiedade social (TAS) ou Fobia social.** Medo de ser julgado pelos outros, especialmente nas situações sociais. Essas situações incluem apresentações, festas, encontros, comer em locais públicos, usar banheiros públicos ou simplesmente encontrar novas pessoas. Os sintomas incluem tensão extrema ou "paralisia", preocupação obsessiva com interações sociais e uma tendência ao isolamento e à solidão.

---

**Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).** Esse transtorno envolve o medo excessivo causado por exposição anterior a uma ameaça ou a dano. Traumas comuns são o estupro, a violência física, acidentes graves e exposição a guerras. As pessoas que sofrem desse transtorno frequentemente reexperimentam seus traumas sob a forma de pesadelos ou flashbacks e evitam situações que tragam lembranças perturbadoras. As pessoas podem exibir irritabilidade, tensão e hipervigilância. Os sentimentos de depressão e falta de esperança entre as pessoas que sofrem são comuns.

**Apêndice B-** Cards com avaliação da qualidade do relacionamento

Ele grita comigo	Mexe em minhas coisas sem permissão
Não se disponibiliza para ajudar em situações em que preciso de apoio	Age de forma agressiva
Me induz a fazer algo que não quero dizendo que é para o meu bem	Pede que eu me afaste de amigos ou familiares
Já fez eu me sentir constrangida em público	Interfere na forma como uso o meu dinheiro
Às vezes, você sente medo de abordar determinado assunto com receio da reação dele	Já ameaçou fazer algo contra ele mesmo caso termine a relação

**ANEXOS**

## ANEXO 01- 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 \_\_\_\_\_

## ANEXO 02- Escala de Intensidade das 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

## ANEXO 03- Tabela de vantagens e desvantagens

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

Situação:

Crença:

Vantagens/ Benefícios em manter	Desvantagens/ Custos em manter

Vantagens/ Benefícios em mudar	Desvantagens/ Custos em mudar