



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

BAIXA ESCOLARIDADE COMO DESAFIO CLÍNICO PARA A TERAPIA
COGNITIVO COMPORTAMENTAL: ESTUDO DE CASO

KAROLINA FERNANDES RIBEIRO

Santo Antônio de Jesus/BA

Dezembro de 2022

KAROLINA FERNANDES RIBEIRO

BAIXA ESCOLARIDADE COMO DESAFIO CLÍNICO PARA A TERAPIA
COGNITIVO COMPORTAMENTAL: ESTUDO DE CASO

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.

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

Período: abril de 2022 a dezembro de 2022

Santo Antônio de Jesus/BA

2022

KAROLINA FERNANDES RIBEIRO

BAIXA ESCOLARIDADE COMO DESAFIO CLÍNICO PARA A TERAPIA
COGNITIVO COMPORTAMENTAL: ESTUDO DE CASO

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: 8 de dezembro de 2022.

Aprovado em _____ de _____ de 2022

Resultado: _____

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 pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Psicóloga do Serviço de Psicologia – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dedico este trabalho a todos aqueles que cruzaram um dia minha existência e somaram aos subsídios que contribuíram para a formação e desenvolvimento da minha escrita, da minha pessoa e da profissional que serei.

Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Elas são coadjuvantes, não, melhor, figurantes
Que nem devia tá aqui
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Tanta dor rouba nossa voz, sabe o que resta de nós?
Alvos passeando por aí
Permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Se isso é sobre vivência, me resumir à sobrevivência
É roubar o pouco de bom que vivi
Por fim, permita que eu fale, não as minhas cicatrizes
Achar que essas mazelas me definem é o pior dos crimes

(EMICIDA, 2019).

RESUMO

O presente artigo trata da descrição, discussão de experiências, práticas e abordagem teórica de um campo de estágio. A atividade foi desenvolvida no Ambulatório de Atenção a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC). É importante dar atenção para o perfil da população que geralmente é atendida neste Ambulatório. Estar atento às implicações que a raça, o racismo, condições socioeconômicas, grau de escolaridade e afins têm na saúde mental dos pacientes acompanhados pelo APC não é uma questão de escolha. Estes aspectos protagonizam os problemas que chegam ao consultório e precisam ser levados em consideração. O programa em questão conta com o suporte teórico-metodológico da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC). A TCC é um modelo estruturado de psicoterapia, que busca a modificação de pensamentos e significados, modificando assim também emoções e comportamentos de forma duradoura. O foco deste trabalho se apresenta a partir dos desafios clínicos vivenciados durante o processo terapêutico de um caso clínico, tendo em vista as limitações advindas do fato de a TCC não apresentar alternativas para o cuidado a pessoas com baixa escolaridade. Como a paciente deste caso, que tem uma história de vida semelhante à de milhões de brasileiros pobres que viveram uma infância com escassez de recursos financeiros, suporte emocional e material, além da desvalorização do estudo em detrimento do trabalho. Uma pessoa analfabeta, que além disso teve sua vida pautada por vulnerabilidades sociais e materiais que a construíram, a ponto de consumir dificuldades e uma barreira de compressão quanto a técnicas e procedimentos da TCC, e até mesmo de suas próprias cognições. Para o enfrentamento dos desafios foi necessário dispor de estratégias no planejamento terapêutico, que aumentassem a probabilidade de gerar mudanças específicas e individualizadas para a paciente. O processo todo foi estruturado e guiado por práticas e intervenções, com alterações/adequações que contemplassem uma formulação clínica sobre o desenvolvimento da paciente e seus problemas, seguindo procedimentos como aliança terapêutica, psicoeducação e ativação comportamental, por exemplo. Na literatura, existem inúmeras técnicas e soluções com descrições sobre o que fazer a cerca de diversos desafios, a baixa escolaridade não é uma delas. Esse desafio não se trata apenas de crenças centrais disfuncionais, mas encontra barreiras no entendimento mais básico de si e do mundo. Em livros inteiros, produzidos por autores importantes da TCC, não foi possível encontrar conhecimento ou literatura que efetivamente embasasse o tema da baixa escolaridade. Porém, mesmo com as adversidades, a TCC é uma abordagem significativa e efetiva para a evolução e desenvolvimento cognitivo e de bem estar para os pacientes. Por isso, terapeutas se adaptam para as demandas do dia a dia, e utilizam desse conhecimento para uma boa prática no trabalho como psicólogos. Ainda que neste caso tenha tido um número considerável de demandas e adaptações no caminho, é importante pontuar a força contida na parceria. Mesmo com a baixa escolaridade e com dificuldade de entender as técnicas, a paciente chegou a conclusões importantes na terapia. Aos poucos apresentando uma flexibilidade cognitiva antes desconhecida.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo Comportamental; Desafio Clínico; Baixa Escolaridade; Adaptação

ABSTRACT

This article is a description, discussion of experiences, practices and theoretical approach of an internship field. The activity was developed in the Outpatient Clinic for Care of People Living with Chronic Conditions (APC). It is important to pay attention to the profile of the population that is usually seen in this Ambulatory. Being aware of the implications that race, racism, socioeconomic conditions, level of education, and the like have on the mental health of the patients followed by the APC is not a matter of choice. These aspects play a major role in the problems that come to the clinic and need to be taken into consideration. The program in question relies on the theoretical and methodological support of Cognitive Behavioral Therapy (CBT). CBT is a structured model of psychotherapy that seeks to modify thoughts and meanings, thereby also modifying emotions and behaviors in a lasting way. The focus of this work is presented from the clinical challenges experienced during the therapeutic process of a clinical case, in view of the limitations arising from the fact that CBT does not present alternatives for the care of people with low education. Like the patient in this case, who has a life story similar to that of millions of poor Brazilians who lived a childhood with a scarcity of financial resources, emotional and material support, in addition to the devaluation of study over work. An illiterate person, who, in addition to this, has had her life guided by social and material vulnerabilities that have built her up to the point of consummating difficulties and a compression barrier regarding CBT techniques and procedures, and even her own cognitions. To face the challenges it was necessary to have strategies in the therapeutic planning that would increase the likelihood of generating specific and individualized changes for the patient. The whole process was structured and guided by practices and interventions, with changes/adjustments that contemplated a clinical formulation about the patient's development and her problems, following procedures such as therapeutic alliance, psychoeducation, and behavioral activation, for example. In the literature, there are numerous techniques and solutions with descriptions of what to do about various challenges, low schooling is not one of them. This challenge is not just about dysfunctional core beliefs, but finds barriers in the most basic understanding of self and the world. In entire books, produced by important CBT authors, it was not possible to find knowledge or literature that effectively grounded the issue of low schooling. However, even with the adversities, CBT is a significant and effective approach to cognitive development and wellness for patients. Therefore, therapists adapt to the demands of everyday life, and use this knowledge for a good practice in their work as psychologists. Even though in this case there were a considerable number of demands and adaptations along the way, it is important to point out the strength contained in the partnership. Even with a low level of education and with difficulties in understanding the techniques, the patient reached important conclusions in therapy. Gradually presenting a cognitive flexibility previously unknown.

Keywords: Cognitive Behavior Therapy; Clinical Challenge; Low Schooling; Adaptation

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Registro das principais emoções da paciente	20
Quadro 2 - Exemplo de questionamento socrático realizado com a paciente	23
Quadro 3 - Gráfico de torta construído com a paciente.....	25
Quadro 4 - Exemplo de Como pensamentos criam sentimentos	29
Quadro 5 – Hipótese de Conceituação Cognitiva	31

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO	13
2.1	HISTÓRIA DE VIDA.....	15
3.	O PROCESSO PSICOTERÁPICO	16
4.	INTERVENÇÕES	18
4.1	ALIANÇA TERAPÊUTICA	18
4.2	VERIFICAÇÃO DO HUMOR/ ESCALA DE INTENSIDADE DAS EMOÇÕES	19
4.3	GENOGRAMA	20
4.4	PSICOEDUCAÇÃO	21
4.5	QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO.....	23
4.8	TORTA DE RESPONSABILIDADE.....	24
4.7	REGISTRO DE PANS	25
4.8	COMO PENSAMENTOS CRIAM SENTIMENTOS.....	28
4.9	CONCEITUAÇÃO COGNITIVA.....	29
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
	REFERÊNCIAS	35
	APÊNDICES	37
	ANEXOS	39

INTRODUÇÃO

O presente artigo trata-se da descrição, discussão de experiências, práticas e abordagem teórica de um campo de estágio. O Estágio Supervisionado Específico, semestres 2021.2 e 2022.1, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), tendo suas atividades sido realizadas no período de abril de 2022 a dezembro do mesmo ano. A atividade foi desenvolvida no Ambulatório de Atenção a Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC).

O APC funciona no Serviço de Psicologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS), o campus da UFRB situado na cidade de Santo Antônio de Jesus, interior da Bahia. Além dos estagiários, este programa de extensão permanente em vigor desde o ano de 2013, conta com a Supervisão da Professora Doutora Jeane Saskya C. Tavares e com psicólogas e psicólogos extensionistas.

O Ambulatório tem como objetivo disponibilizar atendimento psicológico clínico, receber em formato presencial, gratuito, breve e focado, pessoas que vivem com condições crônicas, seus familiares e cuidadores, “que apresentam quadros clínicos físicos e psicológicos potencialmente incapacitantes” (TAVARES et al., 2022, p. 219). Nos semestres em questão, vista necessidade, foram acrescentadas ao público alvo pessoas que estivessem enlutadas por morte de pessoas próximas.

O estágio é o momento da graduação em que se vivencia a prática, onde as discussões mais teóricas são o complemento que dão sentido ao que é experimentado no campo. “Uma boa formação em Psicologia deve, [...] dar condições para que psicólogas (os) possam, de maneira criativa e inventiva, produzir saberes e práticas situados. [...] os estágios supervisionados têm um importante papel nesse processo” (CORDEIRO; CURADO, 2017, p. 5). Nesta fase importante de formação, o programa em questão conta com o suporte teórico-metodológico da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

A TCC é um modelo estruturado de psicoterapia, que tem como base teórica e metodológica as abordagens cognitivas e comportamentais da Psicologia. Suas intervenções psicoterapêuticas buscam a modificação de pensamentos e significados, modificando assim também emoções e comportamentos de forma duradoura. Propiciando autonomia ao paciente, no encontro do alívio e remissão de sintomas (NEUFELD; CAVENAGE, 2010). A psicoterapia, nesse caso, é diretiva, pede por uma relação terapêutica colaborativa, foca no

problema, no momento presente, baseia-se em evidências, busca efetividade e a chamada reestruturação cognitiva. O objetivo final é que o paciente se torne o “seu próprio terapeuta”, que aprenda a se regular emocionalmente, favorecendo a prevenção de recaídas.

É importante também dar atenção para o perfil da população que geralmente é atendida na clínica escola da UFRB, o Serviço de Psicologia. O CCS encontra-se localizado em Santo Antônio de Jesus, que se situa no Recôncavo da Bahia. Circunscrita nas adjacências da BR101, a cidade se desenvolveu tendo como principal atividade econômica o comércio e serviços, e hoje é reconhecida como um importante polo comercial do Recôncavo Baiano. A cidade tem se desenvolvido também na área da saúde, tanto na rede privada como também na pública.

A população do Recôncavo é majoritariamente negra, e ter ciência disso é de suma importância para o contexto clínico. A mudança de pensamentos e sentido que os pacientes vão apresentar, não se dão por si só, soltas no espaço. Ela acontece dentro de uma conjuntura social à qual o terapeuta deve se atentar. Logo, determinantes sociais como raça, classe, identidade de gênero, e outros, estão presentes na estruturação da saúde e na construção de subjetividades (TAVARES et al., 2022).

É necessário que a Psicologia seja capaz de debater individualidades do fenômeno psicológico incluindo a vida do sujeito, as esferas econômicas, sociais, culturais e étnicas, configurações familiares, demandando um olhar crítico sobre o que vem sendo historicamente construído. O fenômeno psicológico se desenvolve ao longo do tempo e este, não pertence à natureza humana, mas reflete a condição social, econômica e cultural em que os seres humanos vivem, ou seja, para falar do fenômeno psicológico é necessário falar da sociedade.

De acordo com Bock, Gonçalves e Furtado (2015, p. 34) “trabalhar para aliviar o sofrimento psicológico das pessoas exigirá do psicólogo um posicionamento ético e político sobre o mundo social e psicológico”. Por isso deve-se fazer sempre uma abordagem crítica, buscando romper com os estigmas da profissão, com o controle e com o trabalho feito à serviço dos interesses de grupos dominantes. Apesar de não se tratar de uma autora de teorias cognitivas, fica perceptível o quanto este pensamento tem a contribuir com o objetivo, com a temática deste estágio e a acrescentar para o exercício profissional da categoria.

Isto posto, estar atento às implicações que a raça, o racismo, condições socioeconômicas, grau de escolaridade e afins têm na saúde mental, e também física dos pacientes acompanhados pelo APC não é uma questão que está disposta para escolha. Muito menos se dá como um recorte analítico. Para além disso, estes aspectos protagonizam os problemas que chegam ao consultório e precisam ser levados em consideração no

entendimento das queixas, no estabelecimento do vínculo terapêutico e no trabalho conjunto na criação de estratégias de enfrentamento (TAVARES et al, 2022).

Sob a orientação da Docente supervisora do estágio, algumas das aspirações, de acordo com o planejamento, eram de que todas as estagiárias, alinhadas com a teoria, passassem pelas fases necessárias com os pacientes do Ambulatório, até o momento da divisão dos casos. Houve um período de triagens, depois de avaliações iniciais, até que começou realmente o atendimento dos respectivos pacientes. Tudo programado e acontecendo de acordo com a disponibilidade de agenda de cada colega. Fiz uma triagem, duas avaliações iniciais, e permaneci com duas pacientes no decorrer do estágio.

Foi devidamente apresentado às pacientes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo este um procedimento padrão do Serviço de Psicologia da UFRB, que esclarece de forma devida os procedimentos do atendimento e a possibilidade da produção estudos científicos que podem de ali derivar, mantendo o devido sigilo, conforme prevê a legislação. O TCLE (ANEXO 01) então foi assinado pelas pacientes, estagiária e docente supervisora.

Do atendimento psicológico oferecido pelo APC participam pessoas com Transtornos que podem estar relacionados a condições crônicas, como Ansiedade e Depressão. Neste artigo será apresentado um dos casos acompanhados, de uma mulher, aqui chamada de Tâmara, que apresentava um quadro composto pelos transtornos citados, com alguns indicativos de uma possível Claustrofobia.

A paciente carregava consigo um histórico de negligência e de sobrevivência à violência na infância, baixa escolaridade, uma ansiedade importante relacionada à consultórios médicos, culpa pelo fim de um relacionamento que a acompanha há muitos anos, além de uma tristeza incapacitante, que a impedia de realizar atividades simples do dia a dia, como levantar da cama pela manhã ou trabalhar. Desta forma, neste caso, foram centrais as experiências na infância, o luto vivido a partir de uma separação e seu quadro clínico atual de sintomas debilitantes devido à ansiedade e depressão.

As experiências introdutórias, ou seja, da infância de uma pessoa, são cruciais e acabam determinando a estruturação dos seus esquemas de crenças centrais. Uma criança que experimenta situações de abandono, quando se torna um adulto e precisa enfrentar algum momento de crise ou evento estressor, pode se comportar de modo disfuncional e desadaptativo, tendo sua crença central (de desamparo, por exemplo) ativada por suas sensações, emoções e cognições (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Apontado como um momento de tensão, o luto é o procedimento de avaliação e resolução de uma perda, seja ela real ou fantasiosa. Independente da proporção que tome, todas as pessoas passam por esse processo em diversos momentos da vida. Um luto bem formulado pode direcionar o sujeito por caminhos que o leve a descobrir novos significantes em sua vida, por outro lado, se não elaborado, o luto pode fomentar desorganizações psicológicas, incluindo complicações médicas (SCHILIEMANN; NACIF; OLIVEIRA, 2002).

A sintomatologia descrita pela paciente converge com quadros descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM V como depressivos e ansiosos. Na depressão, a permanência do humor triste, acompanhado de alterações somáticas afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo, como quando a paciente se queixa de não conseguir trabalhar, ou da dificuldade de realizar tarefas simples como levantar da cama e pentear os cabelos.

Na ansiedade, além do constante sentimento de imediatismo e antecipação, que podem desencadear alta velocidade/diversidade de pensamentos e reações físicas como aceleração de batimentos cardíacos, ainda apresenta como resposta emocional o medo, também presente na vida da paciente, que emerge em lugares pequenos, sem janelas, como alguns consultórios médicos ou salas de exame. Importante salientar, que a avaliação de o quanto essa ansiedade e medo são excessivos ou fora de proporção deve ser feita pelo clínico levando em conta fatores culturais e do contexto (DSM V, 2014).

Dado tudo isso, o foco deste trabalho se apresenta a partir dos desafios clínicos vivenciados durante o processo terapêutico. Tendo em vista as limitações advindas do fato de a TCC não apresentar alternativas para o cuidado a pessoas com baixa escolaridade, como Tâmara que tem uma história de vida semelhante à de milhões de brasileiros pobres que viveram uma infância com escassez de recursos financeiros, suporte emocional e material, além da desvalorização do estudo em detrimento do trabalho.

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

Tâmara (nome fictício), é uma mulher de 56 anos de idade, solteira, autodeclarada parda, não estudou, não tem filhos, é evangélica, mora sozinha em casa própria e trabalha como costureira em uma fábrica de roupas de uma familiar. A paciente já tinha prontuário no Serviço de Psicologia, foi atendida algumas vezes, em 2019, pelo Plantão Psicológico, que realiza

atendimentos breves e emergenciais. A inscrição para participação, dessa vez, nos atendimentos do APC foi feita devido a indicação de sua sobrinha.

Suas queixas principais incluíam a sintomatologia de uma ansiedade já diagnosticada, o fato de não conseguir dormir, insônia, angústia e tristeza profunda. Relatou não ter forças para trabalhar, ficava a maior parte do tempo deitada e não conseguia realizar suas tarefas domésticas. Dizia estar sempre tensa, não conseguir relaxar, e só ter vontade de permanecer em casa. Além de uma fobia de estar lugares pequenos, dificuldade de ir em consultas médicas por esse motivo, e lembranças que acarretavam em um sofrimento relacionado à saudade que sentia da vida que tinha no passado, muitas vezes se mostrando nostálgica e vivenciando um processo de ruminação, compatível com quadros depressivos.

A paciente vem sendo acompanhada por psiquiatras há mais de 10 anos. No plural, porquê frequentemente troca de médico. Os tratamentos dos últimos anos, no geral envolviam medicação principalmente para a insônia, incluindo relaxantes musculares, antidepressivos e ansiolíticos. Além da indicação para acompanhamento psicológico e prática de atividade física, que nos últimos tempos não tem realizado por conta do desânimo que sente. Ademais, não tinha maiores problemas de saúde.

De acordo com Tâmara, ela praticamente não tem amigos, não tem relação com sua vizinhança, a não ser com algumas de suas irmãs que são também suas vizinhas. Não se aproxima muito das pessoas, só trabalha, vai pra igreja e fica em casa. Mesmo com o pessoal da igreja, não possui proximidade. Não sai para se divertir e relata: “sou um pouco difícil de fazer amizade”. A vida conjugal se caracteriza como um ponto de dor para a paciente, que relata ter muitas lembranças e sentir muita falta de seu casamento. Segundo ela, não possui esperanças sobre essa parte de sua vida.

Em relação à sua Tríade Cognitiva, Tâmara se descreveu como sendo um fracasso. Não acreditava que havia saída para seus problemas, não se considerava uma pessoa agradável ou legal. Se retratava como uma pessoa muito fechada, que não dava risada, que não tinha leveza e que tinha uma grande ira dentro de si. Além de: “sou uma pessoa que tem medo de tudo, desde criança tenho muitos medos”. Sobre o futuro, não o via como sendo bom pra ela, já que acreditava que seus problemas não se resolveriam e ela estaria fadada a conviver com o sofrimento. Essas são características que compõem e evidenciam um possível esquema de desesperança.

2.1 HISTÓRIA DE VIDA

Tâmara relatou uma história de vida extremamente sofrida. Seu pai faleceu quando ela tinha uns 5 ou 6 anos, e só se lembra que não tinha uma boa relação com ele, enquanto era vivo batia muito nela. A causa da morte é desconhecida, segundo ela, ninguém sabe o que aconteceu: “ele apareceu morto”. Na época achou que poderia ter sido sua causa – que poderia estar relacionada ao episódio da surra, portanto por um tempo de sua vida sentiu culpa, porém hoje relata já ter superado. A paciente acredita que sua fobia tenha se dado a partir deste fato: “vi ele no caixão, fiquei imaginando como ele estava conseguindo respirar lá dentro. Fiquei embaixo de uma mesa prendendo a respiração, agoniada, acho que foi aí que começaram os meus medos e minha fobia”.

Sobre o relacionamento dos pais, apesar de não lembrar muito, Tâmara afirma que com certeza não era bom, que não era uma boa convivência. A respeito da mãe, a paciente disse: “não sei o que é amor de mãe porque pouco convivi com ela, nós fomos criados sozinhos, uns irmãos criando os outros, sem o suporte de mãe”. Segundo ela, a mãe trabalhava na roça, e no resto do tempo estava sempre “na ferra”, “ela largava a gente pra ir farrear”. Ela e a família moravam em zona rural, eram pobres e não tiveram acesso à escola. A paciente nunca foi à escola quando pequena. É analfabeta, não sabe ler, não consegue resolver operações de cálculo, apenas escreve seu nome.

Ainda criança foi “dada” a famílias que moravam na capital, que a levaram com o intuito de que fosse uma empregada doméstica, ou seja, na intenção de explorarem o trabalho de uma criança. A exploração do trabalho infantil em “troca” de comida e casa, é uma história que aparece com frequência nos atendimentos no APC. “Minha mãe fazia questão de dar a gente”. Porém, segundo Tâmara, ela sofria muito nesses lugares, sentia saudades, chorava muito e sempre acabava sendo “devolvida” para sua família.

Ela tem nove irmãos, sendo sete mulheres e um homem. A paciente não sabe especificar em qual ordem de nascimento se encontra, apesar de saber que não é a mais velha, nem a mais nova. Assim como não consegue contar sua história a partir da numeração dos anos ou de sua idade. Portanto, o que consegue lembrar é sempre sobre um tempo estimado, impreciso. Acredita que, aos 13 anos, tenha sido quando saiu da zona rural, localizada no sul da Bahia e se mudou para Santo Antônio de Jesus.

Tâmara veio para o Recôncavo com um grupo de profissionais do sexo, que estavam se mudando para um bordel na cidade, onde trabalhariam e morariam. Mesmo antes de virem,

ela já sofria/vivia situações de exploração sexual infantil e estupro, em sua região. De acordo com ela, essa era uma vida terrível: “muitas meninas da minha idade, ninguém tinha juízo”. Sua mãe era amiga de uma delas, mais velha, foi assim que ela se envolveu com a prostituição. A mãe não se importava, não queria saber o que estava acontecendo. Nesse tempo viveu uma realidade conturbada com a presença de drogas e muita bebida. Ela não bebia, e tentou, mas não se adaptou ao uso de drogas.

Já em Santo Antônio, não continuou por muito tempo nesse universo. Conheceu um homem que frequentava um estabelecimento que ficava próximo ao bordel. Ele se apaixonou, e não “deixou” que ela continuasse lá, a levou para morar com ele. Esse homem se tornou seu marido. Passado um bom tempo, algumas de suas irmãs vieram também para a cidade, depois a mãe fez o mesmo. A paciente fala do seu então, hoje, ex-marido, como tendo sido uma pessoa muito importante que cuidou dela: “ele foi tudo que eu tive na vida, ele que me ensinou tudo”.

Atualmente Tâmara é vizinha da sua mãe, com quem mantém uma relação que avalia como tranquila, e de três irmãs, com as quais trabalha e considera ter uma relação próxima, de amizade e enfim de família. “Hoje considero que tenho uma família, tenho com quem contar, muito diferente de antigamente. Agora nesse momento que estou passando, elas que estão me dando o maior apoio”. A partir desses momentos que permitiram que a paciente compartilhasse sua história, com as nuances de uma trajetória complicada e sofrida, foi possível conhecê-la de uma forma mais abrangente, o que viabilizou caminhos que poderíamos tomar no processo psicoterápico.

O PROCESSO PSICOTERÁPICO

Até a finalização deste artigo, foram realizadas um total de 10 sessões, com duração de cerca de 50 minutos cada, salvo quando era necessário um tempo um pouco maior para alcançar os objetivos preestabelecidos. As sessões se davam em periodicidade semanal, eram estruturadas de acordo com os propósitos da Terapia Cognitivo Comportamental e depois de um tempo começaram a ser conduzidas pelas metas terapêuticas definidas em conjunto com a paciente. Sendo estas: controle da ansiedade, que ela conseguisse dormir e ficar bem, tranquila, em ambientes fechados, como elevadores, consultórios médicos ou numa sala de mamografia. A paciente sempre se apresentou de maneira branda, quieta, com tom de voz ameno,

aparentemente calma, sem demonstrar fortes emoções, mesmo quando falava sobre sua história de vida conturbada ou nos dias em que dizia não estar se sentindo bem no início das sessões.

Na TCC o objetivo é nutrir e oferecer ao paciente algumas ferramentas que possam ser úteis na resolução de seus problemas do dia a dia, tanto na terapia, quanto em sua vida fora do consultório (BECK, 2014). É necessário que se faça isso através da colaboração, quando o paciente e o terapeuta trabalham em parceria no processo terapêutico. “Na função colaborativa, o terapeuta pode ser visto como o sócio principal, conduzindo a maior parte dos assuntos, ao mesmo tempo em que traz as questões à tona e responde ao feedback do seu associado” (SCHWARTZ, 2008, p. 31).

Não é da vontade de um terapeuta ter que apontar déficits, inconsistências ou padrões negativos da cognição dos seus pacientes. Até por que o nosso trabalho tem a ver com enfatizar, estimular as forças das pessoas que chegam para psicoterapia. Porém, neste trabalho se faz necessário discutir o não cumprimento de algumas atribuições terapêuticas, e suas implicações para o processo como um todo. Analisar isso, e fazer confrontações terapêuticas na clínica fala de uma tentativa de educar e expandir a conscientização do paciente (SCHWARTZ, 2008). No caso abordado aqui, o desafio clínico emerge ao passo que além das limitações impostas pela realidade educacional que a paciente viveu, ela assumiu um caráter de passividade ao longo das sessões, ainda que tentativas de estimulação da participação fossem feitas.

Uma possibilidade de explicação para esse fato – além de ser compatível e poder estar relacionado à depressão – pode também estar no pressuposto de que, grande parte dos pacientes não fala de forma objetiva sobre sentimentos negativos que possam estar tendo sobre o processo terapêutico ou mesmo seus terapeutas. Muitos são passivos e desejam evitar possíveis embates. Então, é importante que quando isso aconteça, o terapeuta incentive ainda mais *feedbacks*, e utilize deles como componentes reguladores da terapia (SCHWARTZ, 2008).

Esse processo todo é estruturado e guiado por práticas, intervenções que contemplem uma formulação clínica continuada sobre o desenvolvimento do paciente e seus problemas, uma aliança terapêutica segura que possibilite uma relação positiva de trabalho ativo, além da psicoeducação e ativação comportamental até o alcance da reestruturação cognitiva (BECK, 2014). Algumas destas, vividas com a Tâmara, serão apresentadas no tópico seguinte.

INTERVENÇÕES

Este caso trata de uma pessoa analfabeta, que além disso teve sua vida pautada por vulnerabilidades sociais e materiais que a construíram, a ponto de consumir dificuldades e até mesmo uma barreira de compressão quanto à algumas técnicas e procedimentos da TCC, e também de suas próprias cognições.

Assim sendo, se fizeram necessárias algumas adequações. Uma destas, foi a adequação da linguagem, como uma tentativa de aproximação do processo terapêutico à realidade dos indivíduos. É importante considerar que para que haja aprendizagem e ressignificação, no mínimo os conteúdos devem ser de fácil acesso. Dessa forma, abandonar uma linguagem tecnicista é uma forma de facilitar a compreensão do usuário atendido no Serviço de Psicologia, por exemplo (SILVA; PEREIRA; AQUINO, 2011).

Além, é claro, da necessidade de garantir a eficácia dos procedimentos da TCC, que perpassa pela competência do terapeuta de ter um variado repertório de habilidades terapêuticas que garantam tal feito. O terapeuta precisa dispor de estratégias no planejamento terapêutico, para assim obter mais probabilidade de gerar mudanças específicas e individualizadas para o paciente (KNAPP; BECK, 2008). Alguns resultados aqui obtidos confirmam essas afirmações sobre habilidade e estratégia na condução da psicoterapia.

4.1 ALIANÇA TERAPÊUTICA

Apesar de a relação criada entre terapeuta e paciente não ser considerada um elemento principal para a mudança, uma boa aliança terapêutica é imprescindível para o tratamento. É importante construir uma relação de colaboração, que se dê de forma simples, e voltada para a ação. A intenção é a de proporcionar um ambiente autêntico, afetuoso e empático, que leve a um caminho de mudanças cognitivas e comportamentais (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Tâmara desde o início se apresentou como uma pessoa bastante passiva. Sempre calada, quieta. Nunca queria adicionar nada na agenda da sessão, contava como tinha passado a semana e esperava a condução que viria a seguir. As sessões corriqueiramente giravam em torno de impressões da terapeuta sobre breves histórias contadas pela paciente. Ela também tinha uma questão com a realização das atividades, o que demandava um manejo cuidadoso e compreensivo, porém este assunto já será abordado em um dos tópicos seguintes. Apesar disso,

a paciente não apresentava dificuldade de responder o que lhe era perguntado, e nem vergonha de contar detalhes de sua vida. Segundo ela: “terapia é para contar tudo, né?”.

Um pouco dessa passividade era esperada, por conta de seu quadro depressivo. Quando uma pessoa está deprimida, geralmente se torna menos ativa, pode também ter dificuldade em se concentrar ou tomar decisões (DALGALARRONDO, 2019). Algumas vezes esses problemas de colaborações podem se dar por erro do terapeuta, outras vezes, podem estar relacionados às percepções do paciente. Esse é um desafio clínico que pode emergir se o paciente se sente incapaz de priorizar os problemas que adicionaria na agenda, por exemplo. Então age de forma passiva e dependente. O terapeuta, portanto, precisa trabalhar encorajando o paciente a ser mais ativo e participante. Seguindo a orientação da supervisora, esse caso precisaria de uma terapeuta um pouco mais propositiva. Empregando estratégias que ajudassem no foco e na negociação por uma maior participação. (BECK, 2007).

Apesar de ter demorado um pouco para o estabelecimento desse vínculo, no decorrer do processo, aos poucos, foi possível identificar os frutos da construção da aliança terapêutica, com a Tâmara se mostrando de maneira mais disponível, fazendo esforços para ser uma paciente mais colaborativa, demonstrando interesse em participar da resolução de seus problemas, segundo ela, para que pudesse “se libertar de todas essas coisas ruins que vêm carregando por tanto tempo”.

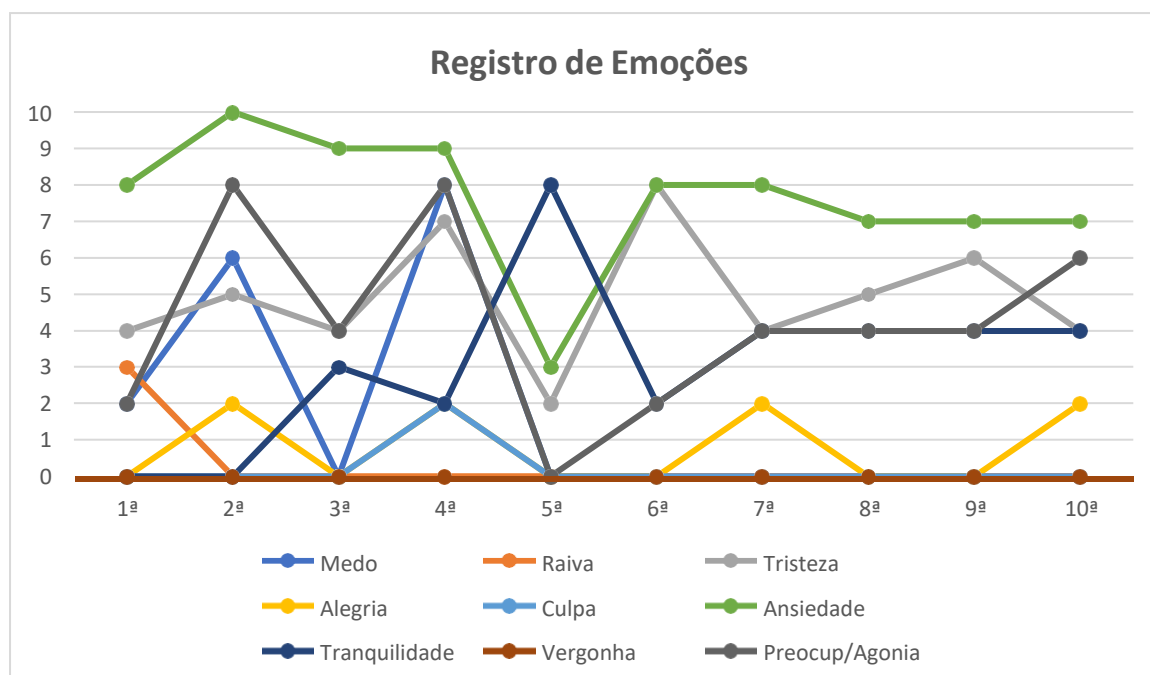
4.2 VERIFICAÇÃO DO HUMOR/ ESCALA DE INTENSIDADE DAS EMOÇÕES

O recordatório de humor é feito em todo início de sessão, ele permite visualizar como foi a semana do paciente, além de compor um material que futuramente oportuniza o monitoramento dos sentimentos do paciente durante o período da terapia. Essa recordação era feita através da Escala de Intensidade das Emoções (ANEXO 2), uma escala tipo *Likert*, que tornava possível investigar as emoções: medo, raiva, tristeza, alegria, culpa, ansiedade, tranquilidade, vergonha, preocupação/agonia, além de outras emoções se o paciente assim demandasse (TAVARES et al., 2022).

Além de não saber ler, a paciente também não conseguia mensurar um número como classificação de intensidade de suas emoções. Portanto, a execução da atividade teve que ser adequada. É sabido que o terapeuta precisa apurar obstáculos práticos que podem interferir na execução da terapia (BECK, 2007). Assim sendo, a tarefa era lida pela terapeuta, que seguia dando exemplos de significados de cada emoção, além de explicações sobre a dimensão desses

sentimentos, recorrendo aos conceitos de “muito/pouco” ou “razoável/mais ou menos”. Dessa forma, tentando, em parceria, chegar a um consenso de como determinada emoção teria surgido durante a semana que havia passado.

Quadro 1: Registro das principais emoções da paciente



No gráfico é possível perceber que apesar de a paciente ter como uma grande queixa o fim de seu casamento, as emoções “culpa” e “vergonha” não aparecem no seu dia a dia. O que pode dizer de uma distorção cognitiva relacionada a esse fato, que podem ter a ver com outros pensamentos que ainda não foram possíveis de identificar. Além disso, chamam atenção as altas de tristeza, preocupação/agonia, e principalmente, ansiedade que se mantém no topo. Isso se constitui também como um desafio, já que, existe aí um problema contínuo permanecendo por várias sessões. Nesse caso, se faz necessário ter mais tempo para analisar, discutir e solucionar, buscando o engajamento do paciente para que ele esteja disposto a progredir na terapia (BECK, 2007).

4.3 GENOGRAMA

O Genograma da Tâmara foi confeccionado com foco em seus vínculos. O objetivo era de compreender seu suporte vincular, ao passo que conhecia sua história de vida. Essa foi uma

atividade muito importante para a construção do caso clínico da paciente, que possibilitou uma visão geral de como ela chegou ao ponto em que se encontrava no momento da iniciação do processo terapêutico.

A partir da descrição do paciente, o terapeuta monta um desenho gráfico – com códigos e símbolos – que segue quase a mesma lógica do formato de uma Árvore Genealógica. Os homens são representados por quadrados enquanto as mulheres por círculos, por exemplo. O Genograma tem a capacidade de captar, de forma razoavelmente rápida, uma grande quantidade de informações sobre a história, a família e ainda proporciona ao terapeuta uma visão de potenciais problemas dos pacientes, auxiliando a avaliação, o planejamento e as intervenções a serem feitas (ALARCON et al., 2022).

Através dessa atividade pôde-se perceber que Tâmara na infância vivenciou um processo de vinculação muito frágil. Possuía relações conflituosas com os pais e fraca com o restante de sua família nuclear. No desenho ficou marcado o casamento e divórcio da paciente, o que foi um marco em seu emocional. A imagem construída (APÊNDICE A), é um retrato do presente que evidencia relações fracas com a maioria de seus irmãos, inclusive com sua mãe, ainda que tenham boa convivência, tendo uma ligação mais próxima com três irmãs, nas quais vê apoio emocional e se preciso, inclusive suporte material.

Ou seja, o uso dessa técnica propiciou a compreensão da história de vida de Tâmara, além da assimilação do seu quadro clínico atual e considerações acerca de seus vínculos. Apesar de relatar episódios de extremo sofrimento ou violência, a paciente se manteve neutra, como se tivesse respondendo ou comentando sobre uma situação qualquer. Não esboçou reações, nem emoções que geralmente surgem em momentos como esse.

4.4 PSICOEDUCAÇÃO

A psicoeducação vai aparecer aqui com um tópico separado por questões de organização mental do conteúdo deste trabalho, porém, é importante ressaltar que esta técnica se encontra intrínseca em várias partes e procedimentos da psicoterapia. Sendo este um mecanismo abrangente e essencial para a prática e um dos principais métodos da TCC. Ela se apresenta de forma recorrente na clínica, desde a avaliação inicial quando apresentamos o modelo cognitivo, e abordamos o formato de funcionamento da terapia baseada na Terapia Cognitivo Comportamental.

O terapeuta faz explicações breves e perguntas para checar se o paciente está acompanhando o raciocínio, na intenção de implicar a pessoa no processo de ensino aprendizagem. O ensino costuma envolver situações da vida do paciente, ou em alguns casos técnicas como a Despersonalização para a demonstração de conceitos e exemplificações que sejam efetivas em passar a mensagem necessária no momento (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Durante as sessões, Tâmara na grande maioria das vezes afirmava: “entendi”. Como forma de averiguação, era perguntada sobre o que ela tinha entendido de determinada conversa, então ela repetia o conteúdo do assunto abordado. Ainda assim, não realizava atividades combinadas para serem feitas na semana entre as sessões, em casa. O caso dessa paciente sempre foi trabalhado com adequações, era lhe explicado algumas vezes o que precisava ser feito, em algumas sessões seguidas, até o dia em que ela expôs: “acho que não entendi o que é pra fazer”. Esclarecemos, e novamente, a tarefa não foi feita. A partir disso, foi necessária uma análise para averiguação do quanto de fato era desconhecimento, dificuldade de implicação no processo e/ou falha da terapeuta.

Algumas vezes os pacientes não evoluem quando é realizado apenas o tratamento “padrão”, outras vezes eles não entendem ou não conseguem responder a técnicas terapêuticas básicas. Algumas pessoas não se dispõem a participar de forma satisfatória do tratamento ou por inúmeros outros motivos, o que o terapeuta propõe não funciona. Independente de tudo isso, o tratamento precisa ser alterado até que atenda às necessidades e particularidades de cada paciente. Esse é mais um desafio clínico a ser superado no caminhar da terapia (BECK, 2007).

Evidenciar tal fato, não quer dizer que em todos os momentos a dificuldade se deu da mesma forma e se perpetuou no consultório. Muitas vezes a paciente realmente compreendia e demonstrava isso. Como quando foi separada uma sessão inteira para psicoeducação sobre acompanhamento psiquiátrico, antidepressivos, ansiolíticos, tratamento medicamentoso, seus efeitos e posologia. Isso aconteceu após a percepção de que a paciente tinha questões com o uso dos remédios, ainda que há mais de dez anos frequentasse psiquiatras. Ela trocava de médico de forma recorrente, se queixava de que os tratamentos não davam certo, deixava de tomar algum dos remédios e culpava a medicação por comportamentos que mantinha durante os anos, ainda que estivesse tomando, deixando de tomar ou trocando a medicação.

4.5 QUESTIONAMENTO SOCRÁTICO

Ainda sobre a história do último parágrafo, para a flexibilização comportamental e de pensamento foi utilizado do questionamento socrático, exemplificado no Quadro 2. Essa técnica consiste basicamente em fazer perguntas ao paciente que tenham como objetivo chegar até a crença sobre determinada questão e fazer uma avaliação mais concreta e objetiva da situação. As respostas para essas perguntas geralmente expõem padrões disfuncionais de pensamento e comportamento (WRIGHT; BASCO; THASE, 2009).

Quadro 2: Exemplo de questionamento socrático realizado com a paciente.

P: Esses remédios estão me deixando dopada, não consigo levantar da cama antes do meio dia.
T: Entendi, há quanto tempo a senhora está tomando essa medicação?
P: Faz mais ou menos uns três dias, comecei essa semana
T: Pelo que a senhora vem me contando, desde que começamos nossos encontros, já fazem algumas semanas que a senhora fica na cama até tarde, não sente vontade de levantar, não é?
P: Sim, já tem mais de um mês que eu não trabalho, não consigo arrumar minha casa, não sinto vontade nem de pentear os cabelos. Não durmo de noite, e de manhã só sinto vontade de ficar deitada
T: Então, pelo que temos conversado nesse tempo, a gente pode perceber que a senhora já se sentia dessa forma antes de começar a medicação nova, não é? O que a senhora acha?
P: Vixe, é verdade. Eu estou assim há muito tempo
T: A senhora acha então que ficar na cama até tarde tenha a ver com o remédio novo?
P: Não, não tem. Acho que tem a ver com a minha tristeza mesmo né?

Depois dessa constatação, foi feito um percurso pelos últimos dois anos, com a paciente contando sobre as trocas de médico, de medicação, suas recaídas. Que encaminhou a sessão para o processo de psicoeducação citado no tópico anterior, sobre quanto tempo demora para fazer efeito, como cada medicamento da sua receita agia, como acontece o desmame dessa classe de remédios e as questões que podem surgir no abandono de forma abrupta do tratamento. Tâmara flexibilizou o pensamento e saiu satisfeita: “agora sim, agora eu entendi o que é que acontece, os médicos não explicam nada”.

4.6 TORTA DE RESPONSABILIDADE

Essa técnica foi utilizada devido a crenças que Tâmara tinha sobre o fim de seu casamento. Apesar de na Escala de Intensidade das Emoções a paciente sempre assinalar a emoção “culpa” na classificação 0, em seus relatos volta e meia destacava o fato de a sua separação ter acontecido por sua causa. Fato este que mais uma vez remete a um desafio clínico, que tanto pode ter a ver com o analfabetismo da paciente, dificuldade de interpretação da tarefa e de compreensão acerca do funcionamento de uma escala tipo *Likert*, quanto pode chamar a atenção para uma distorção cognitiva.

Sentimentos de culpa ou de estar sendo punida, como: “se eu tivesse sido mais responsável hoje eu teria uma família”; “se eu não estivesse tão preocupada em curtir e tivesse cuidado mais do meu marido e da minha casa, ele não teria arranjado uma amante”, fazem parte dos sintomas depressivos. Reações como essas, são comuns a partir de uma perda significativa. Porém, mesmo que apareça de forma marcante, depressão e sentimentos que são comuns em um luto “normal/comum/habitual”, não são a mesma coisa, ainda que não seja fácil fazer essa distinção (DALGALARRONDO, 2019).

Sendo assim, tendo o paciente sofrido perdas concretas ou simbólicas, é função do terapeuta reconhecer o processo e oferecer apoio e falar sobre o significado da perda. Todavia, o momento de intervir é aquele em que os pacientes demonstram excessiva dureza consigo e necessitam de ajuda de maneira mais eficaz (BECK, 2007). Uma forma útil de visualizar uma situação como a de Tâmara, talvez pudesse ser através de um gráfico. “Um quadro com uma torta pode ser usado de muitas maneiras, como, por exemplo, para ajudar o paciente a definir objetivos ou determinar a responsabilidade relativa para um determinado resultado” (BECK, 2014, p. 291).

Portanto, durante a atividade no consultório, foi construído um gráfico (Quadro 3), como complemento da atividade Torta de Responsabilidade. Tendo como objetivo fazer uma análise da real responsabilidade que a paciente possuía sobre sua separação, acontecimento esse que ela carregava como um sofrimento, além da oportunidade de identificar e poder alterar possíveis distorções cognitivas (TAVARES et al., 2022).

No preenchimento do documento (ANEXO 03), produzido pelo APC, a paciente decidiu “dividir” igualmente a parcela de responsabilidade, com sua família, com seu ex marido e com a amante que ele teve na época. Na finalização, Tâmara disse ter descoberto nessa tarefa que não é única “culpada”, e que estava mais tranquila. Mesmo com a insistência

e repetição da terapeuta sobre proporções, sobre tamanho da fatia/quantidade de responsabilidade, ela insistiu que a torta deveria ser repartida por igual. Não foi possível identificar nesta atividade, bem como na Escala de Intensidade das Emoções a culpa que a paciente relatava sentir sobre esse fato de sua vida. Ainda com as tentativas da terapeuta, o assunto foi dado como vencido, portanto, foi deixado para a posteridade do tratamento a identificação de se esse era mais um caso de dificuldade para entender a proposta, ou um erro cognitivo, como a abstração seletiva.

Quadro 3: Gráfico de torta construído com a paciente



4.7 REGISTRO DE PANS

Os pensamentos automáticos são aqueles dos quais as pessoas muitas vezes nem se dão conta, não estão necessariamente relacionados à um raciocínio, pelo contrário, surgem de forma espontânea e costumam ser rápidos e breves. Apesar de parecerem inofensivos, é através deles que uma situação é interpretada, influenciando emoções e comportamentos. Algumas vezes, esses pensamentos podem ser disfuncionais. Dessa forma, a TCC defende que identificar, examinar e corrigir esses pensamentos, geralmente faz com que os pacientes se sintam melhor (BECK, 2014).

O Registro de Pensamentos Automáticos Negativos (Registro de PANS) (ANEXO 04), é feito então na terapia com o objetivo de conhecer, verificar o quanto esses pensamentos estão baseados em evidências ou não, discutir, questionar e através dele fazer as mudanças

necessárias para o bem-estar da pessoa atendida. Muitas pessoas nem percebem esses pensamentos, mesmo que reparem que estão ansiosas, tristes, se isolando (BECK, 2014). Portanto, é preciso atenção, explicação e treino para a realização dessa tarefa. Esse foi um grande desafio vivido com Tâmara, que por um bom tempo não realizava os registros solicitados.

O registro proposto pela abordagem é feito em uma planilha, que serve para o paciente preencher quando não está se sentindo bem, emocionalmente. Essa é uma atividade importante de psicoeducação, e no APC os estagiários costumam ser orientados a fazerem adaptações que abranjam a escolaridade e disponibilidade dos pacientes, com o intuito de que eles tenham uma participação ativa na verificação da realidade e de suas possíveis limitações cognitivas, como algumas crenças enraizadas (TAVARES et al., 2022).

Como a Terapia Cognitivo Comportamental é baseada em um modelo cognitivo que parte da hipótese de que as emoções e os comportamentos das pessoas são influenciados pela interpretação que elas fazem das situações, através dos pensamentos, essa é uma atividade que tem um papel essencial dentro do processo terapêutico. Com ela, além de reconhecer, é possível organizar esses pensamentos. Porém, de acordo com Beck (2014, p. 216), esse instrumento “não é particularmente útil para pacientes que têm funcionamento cognitivo baixo, não gostam de escrever, estão desmotivados ou não são bem equipados intelectualmente para se beneficiarem com isso”.

Dessa forma, aqui se apresentam dois desafios clínicos em conjunto. Se soma o fato de a paciente ter uma história de baixa escolaridade, o que acaba por formar um obstáculo para a compreensão, com a não realização da tarefa. O que, para TCC, é um problema. E, da mesma maneira como acontece com qualquer outro problema na terapia, quando o paciente está tendo dificuldade de identificar suas cognições, o terapeuta carece de identificar e analisar o que está acontecendo, para assim conseguir planejar estratégias apropriadas para o caso (BECK, 2007).

Quando um paciente inicia a terapia, uma das primeiras coisas que o terapeuta faz é psicoeducá-lo com relação ao modelo cognitivo. Já que a maioria das pessoas, no dia a dia, desconhece o fato de que seus pensamentos são ideias – nem sempre verdadeiras – e que, analisar e responder à pensamentos distorcidos pode fazer com que se sintam melhor e tenham comportamentos mais funcionais. É essencial que os pacientes entendam a repercussão de seus pensamentos em suas ações, do contrário, eles não encontrarão sentido em se dedicarem ao processo de exposição e resposta de suas cognições (BECK, 2007).

No caso de Tâmara, ainda que lhe fosse explicado de maneiras diferentes e adaptadas, por várias sessões, não surtia efeito, a atividade não era realizada. Uma das adaptações feitas foram pedir que ela gravasse, em formato de áudio no seu celular, já que não sabia escrever. Além disso, ela precisaria dizer nesse áudio apenas como estava se sentindo, o que estava acontecendo, e se fosse possível, o que estava passando por sua cabeça no momento. Posteriormente, com essas informações, completaria o registro junto com a terapeuta, durante a sessão.

Os pacientes que se estabelecem como um desafio clínico são conhecidos pela dificuldade de realizar suas atividades extra sessão. No começo, foi complicado dar um segmento à terapia, sem esses registros. Porém, é sabido que as cognições assim como podem facilitar, também podem dificultar a capacidade ou disposição para fazer mudanças. E quando um paciente não está atuando bem, fazer mudanças é crucial para que ele se sinta melhor, especialmente para os depressivos, é preciso fazer emergir comportamentos mais ativos, e menos evitativos. O terapeuta precisa então avaliar os obstáculos e mudar a tarefa para que o paciente não se sinta sobrecarregado (BECK, 2007).

Sendo assim, foi necessário fazer algumas atividades como a ‘Como pensamentos criam sentimentos’, usando situações já trazidas antes, já que Tâmara sempre relatava não se lembrar de situações novas para inserir nas tarefas. Até o momento em que foi separada uma sessão para discutir sobre a passividade na terapia. Ainda que essa fosse uma temática sempre comentada, houve uma necessidade especial de “parar”, retroceder um pouco e utilizar de outros artifícios para tentar acessar este mundo subjetivo que a paciente não estava conseguindo exteriorizar.

Com questionamento socrático foi possível perceber que Tâmara estava agindo de forma passiva tanto na terapia quanto em seu dia a dia devido à sintomatologia de seu quadro depressivo. Às vezes, em pacientes com depressão falta motivação ou interesse para investir sua energia no mundo, o que pode fazer com que não se atenham à estímulos do ambiente (DALGALARRONDO, 2019). Contudo, nessa conversa, a paciente demonstrou interesse na tentativa de mudança, relatou enxergar muitos benefícios da terapia em sua vida, além de estar finalmente conseguindo seguir seu tratamento medicamentoso que estava lhe mostrando melhoras.

Na sétima sessão, então, Tâmara trouxe a primeira gravação de uma situação que lhe causou ansiedade durante a semana, demonstrando seu esforço para assim dar um grande passo em seu processo psicoterapêutico. Ela estava visivelmente se sentindo melhor, mais animada

e até se arrumou com capricho (esteticamente) para ir à sessão. Ela não só cumpriu o combinado, como o fez muito bem, o que contribuiu de forma efetiva para a discussão daquele evento e posteriormente para a flexibilização daqueles pensamentos. Neste dia, vários foram os *feedbacks* motivadores para as duas partes dessa parceria, na avaliação dessa mudança.

4.8 COMO PENSAMENTOS CRIAM SENTIMENTOS

Esse é um dos instrumentos elaborados para serem utilizados no APC (ANEXO 05), que auxilia na psicoeducação acerca do modelo cognitivo sugerido pela TCC. A técnica foi utilizada na busca de que a paciente conseguisse visualizar o caminho feito para que pensamentos criem sentimentos. Como já descrito, Tâmara parecia estar tendo dificuldades de compreender a relevância do Registro de PANS para a psicoterapia. A atividade foi realizada então, para que a paciente pudesse perceber como alguns de seus pensamentos estavam relacionados à forma como ela tem se sentindo triste, desanimada e ansiosa.

Buscando facilitar a execução da atividade, era sugerido que primeiro ela pensasse em um sentimento que teve durante a semana, para assim fazer a tentativa de evocar quais pensamentos teriam passado por sua cabeça naquele momento. A paciente lembrava o que havia sentido, porém, mesmo com o questionamento, dizia não se lembrar o que estava fazendo ou pensando. A estratégia utilizada então, foi de retomar situações que já haviam sido explanadas no consultório. A terapeuta relembrava a situação e também como Tâmara relatara anteriormente se sentir. Ainda assim, os pensamentos não emergiam. A alternativa encontrada foi a de adaptar mais um passo da atividade, lembrando também pensamentos que a paciente teve e contou nas sessões passadas.

Assim como na maioria das atividades, e como realmente deve ser, essa se constituiu como um mais um desafio que precisou contar com a capacidade de adequação da técnica e da terapeuta. Porém, que cumpriu com o objetivo da psicoeducação ajustado às necessidades da paciente.

Quadro 4: Exemplo de Como pensamentos criam sentimentos feito com a paciente

Pensamento	Sentimento
Vou ficar presa aqui, essa porta não vai abrir	Medo e muita ansiedade

Minha irmã não vai saber dirigir nessa carreta, ela vai bater o carro	Agonia, muito medo e ansiedade
Todos aqui são corajosos, só eu senti medo, só eu fui embora	Tristeza e vergonha

4.9 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

A conceituação cognitiva (ANEXO 06) é a formulação de um caso. É um processo, no qual, juntos, o terapeuta e o paciente selecionam e buscam uma solução para os problemas dos quais o paciente se queixa. Essa formulação é feita então para funcionar como um mapa, uma orientação para a realização do trabalho na terapia. Ela favorece o entendimento das individualidades de cada caso, colaborando para o planejamento de possíveis estratégias terapêuticas. Assim, uma conceituação precisa, correta e desenvolvida de forma contínua dá suporte ao terapeuta, para que ele foque em problemas centrais, nas cognições e comportamentos disfuncionais dos pacientes nas sessões (NEUFELD; CAVENAGE, 2010; BECK, 2007).

Infelizmente, costuma ser mais complexo analisar de forma precisa os pacientes com problemas que representam um desafio clínico, do que aqueles com dificuldades “mais comuns” (BECK, 2007). Na literatura, existem inúmeras técnicas e soluções com descrições sobre o que fazer a cerca de diversos desafios, a baixa escolaridade não é uma delas. Esse desafio não se trata apenas de crenças centrais disfuncionais, mas encontra barreiras no entendimento mais básico de si e do mundo. Por esse motivo, e todos os outros já descritos neste trabalho, que aqui se anuncia uma conceituação de caso incompleta.

No caso da Tâmara, foi possível reconhecer sua história infantil relevante, e, fazer uma hipótese sobre quais seriam seus esquemas, crenças, suposições condicionais e regras. Como custo da dificuldade de acesso aos pensamentos, ao mundo subjetivo da paciente, não se conseguiu identificar com devida clareza as estratégias compensatórias e situações importantes que completariam uma possível conceituação, até o momento dessa escrita. Aqui, a hipótese abordada na conceituação cognitiva se apresenta incompleta (Quadro 5), devido aos desafios clínicos implicados no processo.

Todas as pessoas têm um conjunto de crenças, regras ou suposições que foram aprendidas e se somaram durante a vida, é assim que elas dão significados ao mundo. Já as

crenças centrais, são desenvolvidas quando ainda crianças durante situações que deem força para a crença e de interações com pessoas importantes para o sujeito. Essas últimas, podem estar relacionadas a si ou ao mundo, e costumam ser demasiadamente generalizáveis e absolutistas. Elas também refletem os artifícios desenvolvidos por cada um para lidar com os eventos do cotidiano, isto é, a forma como a pessoa percebe o mundo, as pessoas e a si. Percepção essa, denominada na TCC como tríade cognitiva. As pessoas também podem apresentar inúmeras crenças sem que elas sejam disfuncionais, até o momento em que por alguma vivência ela seja ativada e passe a ser disfuncional. É importante salientar que crenças são disfuncionais quando as evidências e o contexto não as alicerçam. (NEUFELD; CAVANAGE, 2010).

A paciente teve uma infância bastante complicada, com ausência afetiva da mãe, vínculos familiares muito frágeis, abusos psicológicos e físicos praticados pelo pai, ainda que ele tenha falecido quando ela era bem nova, e um histórico triste de exploração sexual infantil. Suas crenças intermediárias, que também podem ser pressupostos ou suposições condicionais, são atitudes ou suposições que nesse caso aparecem como “se estou me sentindo tão mal, então sou um fracasso”; “se hoje a situação é essa, então não vejo saída para mim”; “se as coisas não deram certo na minha vida, foi porque eu deveria ter feito diferente”. Essas crenças têm relação e apoiam a crença central, representada na vida de Tâmara, aparentemente, com esquemas de desvalor e desesperança.

Apesar de não poder confirmar colaborativamente com certeza que essas são realmente as crenças centrais dela, até o momento, foi a hipótese construída. Quando o paciente tem crença na categoria de desvalor ele pode acreditar que é uma pessoa ruim, sem valor para vida ou para os outros, o que está de acordo com algumas falas de Tâmara sobre ser um fracasso. O terapeuta precisa investigar o significado da cognição para conseguir determinar no que realmente o paciente acredita. Além disso, é comum que na depressão os pensamentos automáticos se concentrem em temas relacionados à desesperança, baixa autoestima e fracasso, o que também condiz com este caso (BECK, 2014; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

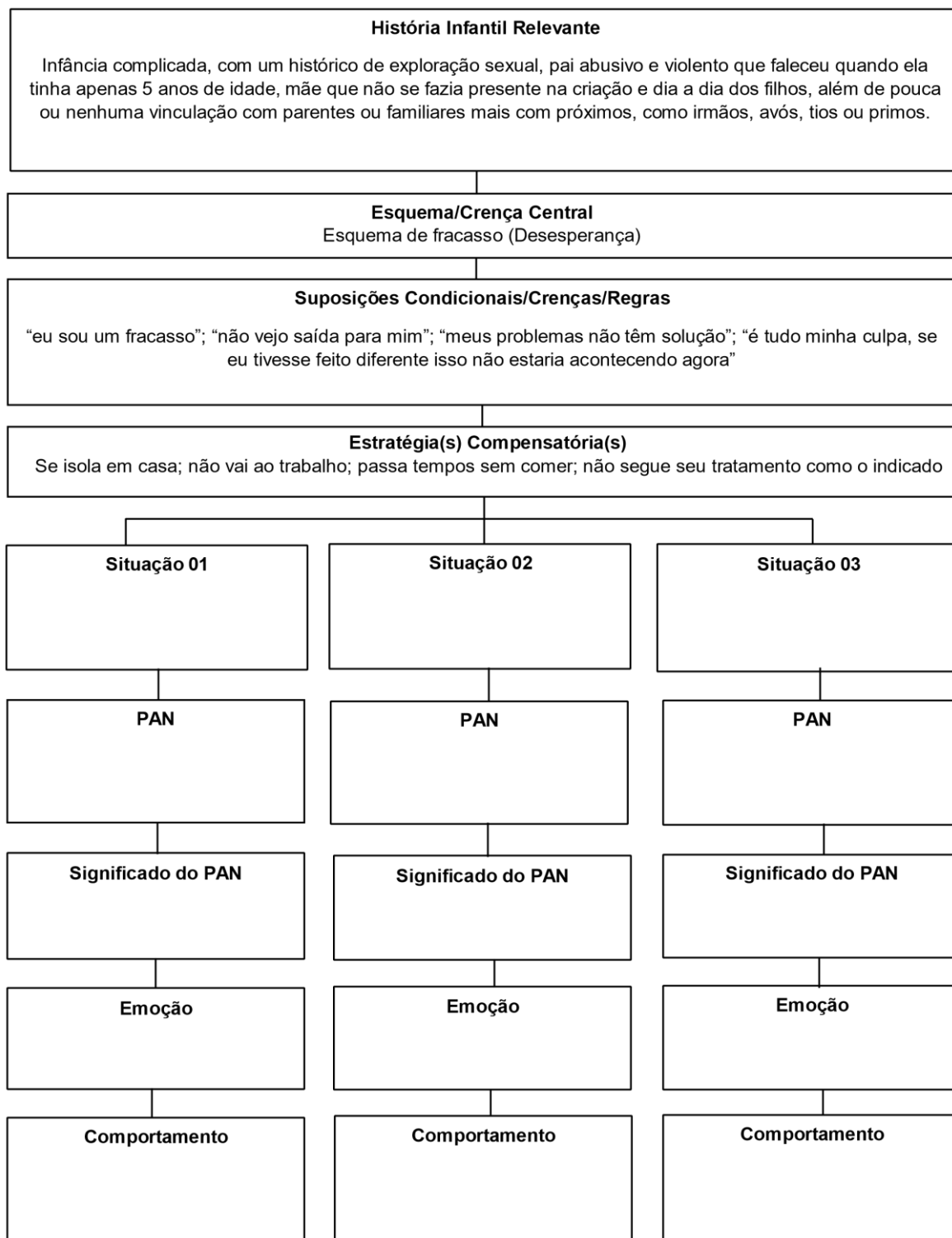
Apesar dos percalços, foi importante poder construir – ainda que com um pouco mais de trabalho e tempo do que o comum – uma aliança com a paciente, que possibilitaria completar essa conceituação no decorrer da terapia. Além do mais, mesmo que o terapeuta deva identificar de forma consideravelmente rápida cognições do paciente com maior necessidade de mudar, a conceituação cognitiva precisa ser continuamente desenvolvida e refinada durante todo o processo psicoterapêutico (BECK, 2007).

Quadro 5: Hipótese de Conceituação Cognitiva



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

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O APC está imbricado no compromisso social que a universidade e seus integrantes têm de devolver conhecimento e valor para seu território. Do contrário, não faria sentido estar em uma instituição pública de ensino por todos esses anos. Este ambulatório presta um importante serviço para o Recôncavo da Bahia, apoiado em uma base ética, oferecendo atendimento psicológico gratuito, priorizando uma parcela da população que vive em situação de vulnerabilidades sociais e/ou econômicas. Levando a clínica psicológica até a comunidade, oferecendo apoio, provocando mudanças, e produzindo autonomia de acordo com o contexto no qual está inserido. Ao mesmo tempo em que fabrica e qualifica futuros profissionais que serão devolvidos para trabalhar para a sociedade. Além de fazer tudo isso adequando técnicas e procedimentos da Terapia Cognitivo Comportamental, que sejam particularmente efetivas na vida de quem a ele acessa.

Neste lugar potente, certamente muitos são os desafios clínicos que precisam ser manejados. E, sem destoar muito de outros, neste caso o desafio se estendeu para a escrita, pela maneira como a abordagem em que se baseiam as atividades do APC foi construída. E talvez, para quem foi construída. Em livros inteiros, produzido por autores importantes da TCC, não foi possível encontrar conhecimento ou literatura que efetivamente embasasse o tema da baixa escolaridade. O que para além de um desafio clínico, se configurou como uma limitação para a produção deste trabalho. Por outro lado, sendo essa uma vivência corriqueira no APC, a oportunidade de seguir na prática orientações da supervisora, que nem nos livros estão ainda, além suporte para o atendimento clínico com a paciente, também abriu horizontes de conhecimento e produção de mudanças.

Sobre os famigerados desafios clínicos, existem alguns trabalhos que os enumeram e oferecem resoluções, entretanto, a maioria esmagadora destes sempre se referindo às crenças “limitantes” dos pacientes, ou possíveis erros do terapeuta. Existe toda uma sociedade no mundo real, bem diferente da descrita nesses livros. Atender no APC fez com que pudesse compreender melhor do que se tratam as críticas direcionadas à TCC, que apesar de todo o seu potencial, real comprovação científica e possibilidade de flexibilização de seus mecanismos, aparentemente é sim uma teoria limitada e produzida para servir à um determinado nicho de pessoas.

Apesar de ser muito significativo encontrar Beck (2014) falando que a TCC tem sido adaptada para pacientes de diferentes níveis de educação e renda, e também para várias culturas,

essa afirmação infelizmente parece ainda estar distante da nossa realidade. Infelizmente a TCC aparentemente não dispõe de um número de publicações relevante para apoiar clinicamente terapeutas que recebem em seus consultórios pacientes com realidades subjetivas e objetivas divergentes da de Sally, por exemplo. Sally é uma personagem conhecida por aparecer como uma paciente “padrão”, e “ideal em muitos aspectos” no livro *Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática*, escrito por Judith Beck.

Mesmo com as adversidades, a TCC é uma abordagem significativa e efetiva para a evolução e desenvolvimento cognitivo e de bem estar para os pacientes. Por isso, terapeutas se adaptam para as demandas do dia a dia, e utilizam desse conhecimento para uma boa prática no trabalho como psicólogos. De acordo com a realidade da população atendida no local onde o terapeuta atua, como o APC (que recebe muitas pessoas com um baixo nível de escolaridade), a adaptação dos recursos deve estar presente em todos os momentos, levando em consideração a necessidade de adequação ao perfil da população com a qual se pretende trabalhar. Usar da criatividade é uma boa pedida quando limitações aparecem (SILVA; PEREIRA; AQUINO, 2011).

Ainda que neste caso tenha tido um número considerável de demandas e adaptações no caminho, culminando na falta de tempo hábil para chegar à fase da reestruturação e descrevê-la neste artigo, é importante pontuar a força contida nessa parceria. Mesmo com a baixa escolaridade e com dificuldade de entender as técnicas, Tâmara chegou a conclusões importantes na terapia. Aos poucos apresentando uma flexibilidade cognitiva antes desconhecida.

Tâmara também se mostrava como uma paciente não colaborativa, na maior parte do tempo. Porém, é imprescindível reconhecer que existem aspectos de sua vida que podem ter a construído assim. Como uma criança sistematicamente violentada, talvez tomar decisões na sua própria vida não seja um padrão, há ainda a possibilidade de ela ter tido que aprender a viver assim, para sobreviver. Além de uma certa apatia que carrega consigo, provavelmente como um sintoma de seu quadro depressivo.

A dificuldade do paciente de colaborar e participar ativamente, dispondo dessa característica de passividade na terapia, também é um desafio clínico importante. Mais um sobre o qual trabalhamos para superar neste tempo vivido com Tâmara. Já que gradativamente foi demonstrada melhora, pode-se dizer que este foi um tempo de qualidade, útil para construção de caminhos diferentes para a paciente, que a cada dia se dava conta de questões novas e inovadoras de sua existência.

Todos os desafios vividos/sofridos/superados neste caso e durante todo o estágio, enriquecem meu repertório clínico, assim como me encorajam a estar mais atenta às formas de subjetivações existentes e suas demandas particulares. Além de tantas outras discussões que me abriram os caminhos e os olhos. Considero que o apoio mútuo também tenha sido um elemento chave, crucial para o aprendizado e supervivência neste período. Por fim, escrevo as considerações finais, atenta à nova pessoa que sou/profissional que posso ser após essa experiência.

REFERÊNCIAS

- ALARCON, Miriam Fernanda Sanches et al. **Idosos vítimas de violência: avaliação da família por meio do modelo Calgary**. Revista Gaúcha de Enfermagem [online]. 2022, v. 43
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-: DSM-5**. Artmed Editora, 2014.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitiva para desafios clínicos [recurso eletrônico]: o que fazer quando o básico não funciona**. Tradução Sandra Moreira de Carvalho. – Dados eletrônicos – Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática [recurso eletrônico] / Judith S. Beck; tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer**. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CORDEIRO, Mariana Prioli; CURADO, Jacy Corrêa. **Psicologia na assistência social: um campo em formação**. Psicologia & Sociedade. São Paulo, 2017. 11p.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico]**. – 3. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2019.
- EMICIDA. **AmarElo**. São Paulo: Laboratório Fantasma, 2019. Duração: 5 minutos e 20 segundos.
- KNAPP, Paulo; BECK, Aaron. T. **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, n. 30 (Supl II), p.54-64, 2008.
- NEUFELD, Carmem Beatriz; CAVENAGE, Carla Cristina. **Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais**. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, 2010, Volume 6, número 2.
- SCHILIEMANN, A. L., NACIF, M. R. G., & OLIVEIRA, M. C. **Luto e saúde**. In: Franco, M. H. P. (Org.). Estudos avançados sobre o luto. Campinas, São Paulo: Livro Pleno, p.131-150, 2002.
- SCHWARTZ, Bemard. **Como falhar na relação? os 50 erros que os terapeutas mais cometem/ Bernard Schwartz, John V. Flowers; prefácio de Arnold A. Lazarus; [tradução Laura Karin Gillon]**. — São Paulo; Casa do Psicólogo, 2008.
- SILVA, Shirley de Souza; PEREIRA, Reginete Cavalcanti; AQUINO, Thiago Antônio Avellar de. **A Terapia cognitivo-comportamental no ambulatório público: possibilidades e desafios**. Rev. bras. ter. cogn., Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 44-49, jun. 2011.

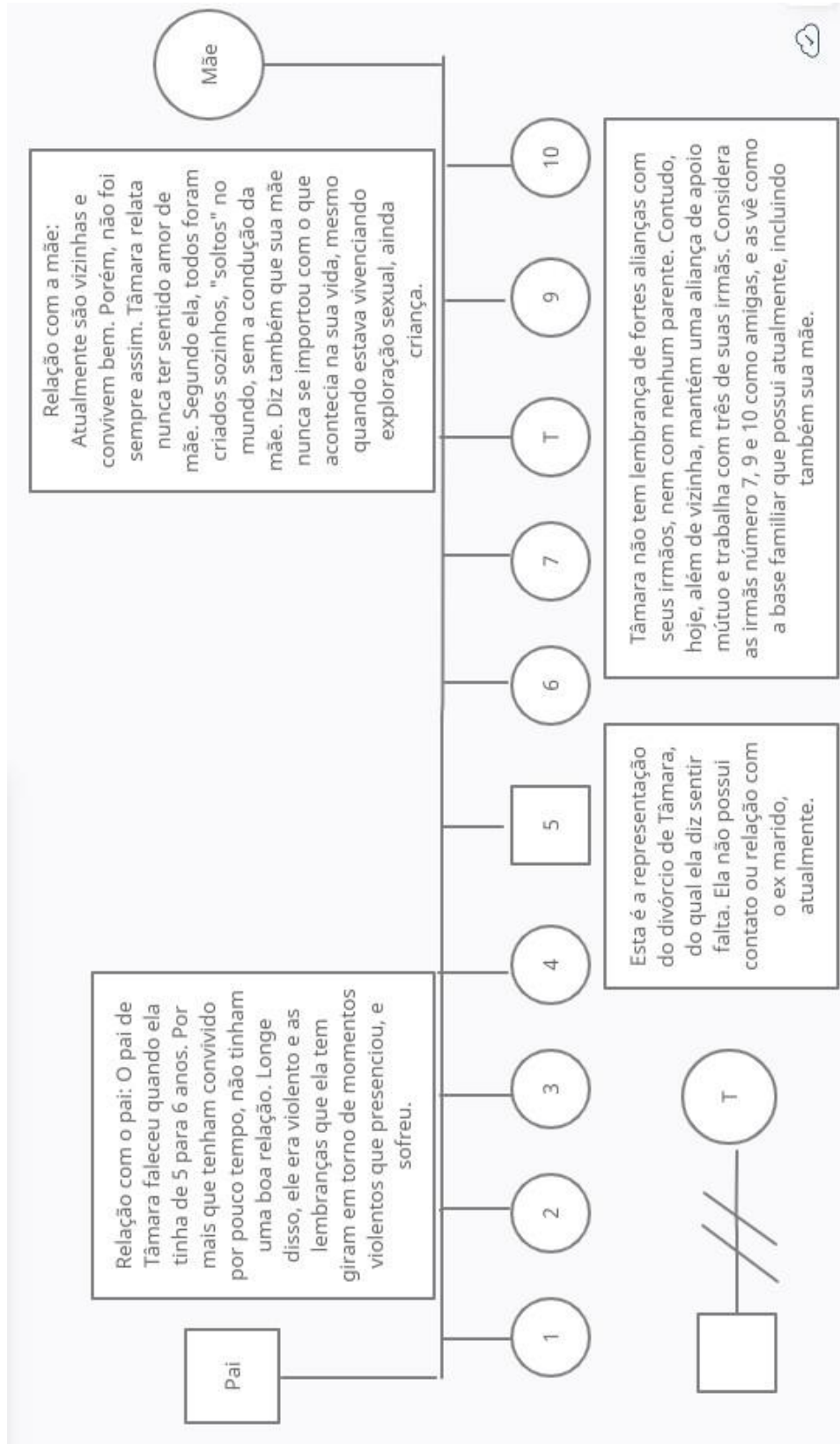
TAVARES, Jeane Saskya Campos; NOGUEIRA, A. T. P.; JESUS, A. L. C.; SANTOS, M. P.; ALMEIDA, M. M.; MALTA, R. A. **Ambulatório de atenção psicológica às pessoas com condições crônicas**. Psicologia na UFRB: diversidade e territorialidade. 1 ed. Cruz das Almas: EDUFRB, 2022, p. 219-238.

WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental [recurso eletrônico]: um guia ilustrado**. tradução Mônica Giglio Armando. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2008.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Terapia do Esquema: modelo conceitual, guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Genograma



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 _____

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- Torta de Responsabilidade

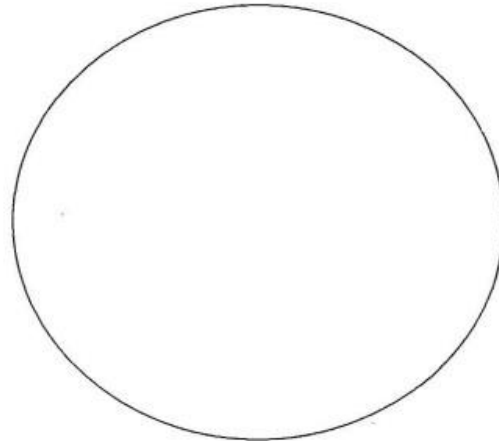


Ambulatório de Atenção Psicológica às Pessoas que Vivem com Condições Crônicas (APC)

Torta de responsabilidade

Evento ou situação que levou à culpa ou à vergonha:

Pessoas ou circunstâncias que podem ter contribuído para este resultado:



Você é 100% responsável? Como este exercício de responsabilidade afeta os seus sentimentos de culpa ou vergonha? Há alguma coisa que você pode fazer em termos de reparos se você é o maior responsável?



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

UFPA
Universidade Federal do
Pará

Registro de Pensamentos Automáticos Negativos

Data:

Situação:

Pensamento/Imagem (O que passou pela sua mente?)	Emoções (O que você sentiu?)	Comportamentos (O que você fez?)

Evidências contra

Evidências a favor

Quanto acreditado no Pensamento:
(de 0 a 100%)

Qual a intensidade da emoção:
(de 0 a 100%)

ANEXO 05- Como Pensamentos criam Sentimentos

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

Como os pensamentos criam sentimentos

Pensamento: Penso que...	Sentimento: Portanto, sinto que...

Leahy, R. (2006)

ANEXO 06- Conceituação Cognitiva



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

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

<p>História Infantil Relevante</p>		
<p>Esquema/Crença Central</p>		
<p>Suposições Condicionais/Crenças/Regras</p>		
<p>Estratégia(s) Compensatória(s)</p>		
<p>Situação 01</p>	<p>Situação 02</p>	<p>Situação 03</p>
<p>PAN</p>	<p>PAN</p>	<p>PAN</p>
<p>Significado do PAN</p>	<p>Significado do PAN</p>	<p>Significado do PAN</p>
<p>Emoção</p>	<p>Emoção</p>	<p>Emoção</p>
<p>Comportamento</p>	<p>Comportamento</p>	<p>Comportamento</p>

Paciente: _____

Data: _____