

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE PSICOLOGIA

LAIZE GRILLO BARBALHO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE: ATUAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

NATAL/RN

2017

LAIZE GRILLO BARBALHO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE: ATUAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN), como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. M.Sc. Marianna Carla Maia Dantas de Lucena.

NATAL/RN

2017

LAIZE GRILLO BARBALHO

TRANSTORNO DE ANSIEDADE: ATUAÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN), como requisito obrigatório para obtenção do título de bacharel em Psicologia.

Avaliado em: 27 de novembro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. M.Sc. Marianna Carla Maia Dantas de Lucena
Orientadora

Martina Simonetti Galvão Pereira
Leitora

AGRADECIMENTOS

A Deus, acima de tudo e imensamente, pelo dom da vida, por ter me dado força em tantas circunstâncias para que eu conseguisse ultrapassar todos os obstáculos no decorrer do curso e iluminado meu caminho para que eu fizesse as melhores escolhas. Peço-lhe perdão porque no decorrer do corre-corre do dia-dia com tantas dificuldades e desafios que tive que enfrentar, esqueci-me de dirigir a ti Senhor, e passei a viver momentos no silêncio e na inquietude pelas incertezas das nossas próprias escolhas. Mas hoje compreendo que é somente com a Tua presença em minha vida que consegui alcançar o meu objetivo. Sei que os desafios continuarão ao longo de minha caminhada, mas com confiança, esperança e alegria serei vitoriosa. Obrigada mais uma vez meu bom Deus, que o Senhor permaneça sempre comigo e aumente minha fé e me dê coragem e sabedoria, para que eu possa superar todos os obstáculos que terei que enfrentar. Por muito que diga, ainda faltarão palavras... Eis o resumo dos discursos “Ele é tudo”! (Eccl. 43,27);

Agradeço aos meus pais, pelo esforço e compreensão, em todos os momentos dessa caminhada; por todos os ensinamentos de responsabilidade, moral e honestidade que me passaram ao longo desses anos, pela dedicação e por acreditarem em todos os meus sonhos. À minha mãe, meu anjo da guarda, minha guerreira, meu exemplo de mulher, de força inesgotável e alegria. Ao meu pai, pelo apoio, motivação e, a seu modo, dedicação e amor;

Aos meus irmãos, que me aturaram e souberam entender todas as minhas chatices e estresses. A meus avós falecidos: Lenira Barbosa de Lima Grilo, Lindolfo Brasileiro de Meiroz Grillo Neto, Maria Diva e Luiz Carvalho Barbalho, os quais, de onde estão, orgulham-se da minha dedicação e realização desse sonho;

Aos meus amigos conquistados e que com certeza perdurarão. Agradeço-lhes por todos os sorrisos, abraços e consolos que apenas as grandes amizades podem proporcionar. Por ter compartilhado medos, angústias, alegrias, sonhos durante todos esses cinco anos. Em especial, à Maria Isabel do Nascimento Lira e a Silberta da Silva Sales, pelo apoio necessário para a realização deste trabalho e por sempre me fortalecer nos momentos difíceis, e não ter me deixado desistir perante os obstáculos e as dificuldades.

À minha orientadora, Marianna Carla Maia Dantas de Lucena, pela dedicação, paciência, confiança, por compartilhar o máximo de conhecimento possível, mostrando-se uma profissional exemplar. Sinto-me lisonjeada pelo privilégio de ter tido uma orientadora como ela na minha graduação;

A todos os meus professores pelos ensinamentos e persistência na arte de ensinar, os quais colocaram a nossa disposição parte de seus conhecimentos a fim de formar os melhores psicólogos. À coordenadora do curso Rocelly Cunha e a coordenadora da clínica do setor de psicologia Géorgia Martins Neves, cujas competências são incomensuráveis.

A Ana Carla, Ivanildo, Naiara, Neto e Pedro a qual me receberam sempre atenciosamente, fazendo de tudo que estavam em seu alcance para agendar e recepcionar os pacientes que tive durante o estágio, pacientes esses que fez total diferença na construção de minha identidade profissional;

E principalmente a meu paciente cuja cooperação e autorização a utilizar seus dados para o estudo de caso, foram imprescindíveis à realização desse trabalho;

E até mesmo aos que não apostaram e não acreditaram que eu fosse chegar até o fim, hoje lhe mostro que com o apoio de todos os citados anteriormente sou vencedora e a Deus dedico minha vitória.

A todos, MUITO OBRIGADA!!!

RESUMO

O objetivo deste trabalho é retratar a experiência do estágio supervisionado realizado no decorrer desse ano nas Clínicas Integradas do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, com ênfase na abordagem cognitivo comportamental. Considerando a caracterização do campo de estágio, a revisão bibliográfica da abordagem mencionada, diagnósticos, metas e hipóteses. Tendo como objetivo inicial a reflexão acerca dos pressupostos teóricos da terapia cognitivo comportamental e posteriormente fazer a relação desta abordagem com a intervenção psicoterapêutica. Para elaboração desse trabalho foi realizado o estudo de caso de um dos pacientes atendido nas Clínicas Integradas. Observou-se que a maioria da demanda que está sendo atendida relata ter ansiedade, depressão, insônia e problemas conjugais. O paciente escolhido para fazer o estudo de caso, foi um paciente sofrendo de Transtorno de Ansiedade que obteve bastante êxito com relação à psicoterapia. Adquiriu uma maior capacidade de se auto perceber, pode refletir sobre seus próprios sentimentos, percepções, pensamentos e através da terapia aprendeu a lidar e a controlar melhor sua ansiedade.

Palavras-chave: Abordagem Cognitivo-Comportamental. Pensamento Automático. Ansiedade.

ABSTRACT

The objective of this work is to describe the experience of the supervised internship that took place during that year in the Integrated Clinics of the University Center of Rio Grande do Norte, with emphasis on the cognitive behavioral approach. Considering the characterization of the training field, the bibliographic review of the mentioned approach, diagnoses, goals and hypotheses. With the initial aim of reflecting on the theoretical presuppositions of cognitive behavioral therapy and later on to make the relation of this approach with the psychotherapeutic intervention. To elaborate this work, the case study of one of the patients attended in the Integrated Clinics was carried out. It was noted that most of the demand being served reports having anxiety, depression, insomnia, and marital problems. The patient chosen to make the case study was a patient suffering from Anxiety Disorder who was very successful in relation to psychotherapy. He has acquired a greater capacity for self-awareness, can reflect on his own feelings, perceptions, thoughts and through learned therapy gives him and better control his anxiety.

Keywords: Cognitive-Behavioral Approach. Automatic Thinking. Anxiety.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	9
2.1 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	9
2.2 COMO SURTIU A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL	10
2.3 QUEM É BECK?	10
2.4 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA	11
2.4.1 Modelo cognitivo	11
2.4.2 Crenças	12
2.4.3 Relação entre comportamento e pensamento automático	13
3 ANSIEDADE	14
4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	16
5 METODOLOGIA	18
5.1 ESTUDO DE CASO	18
5.2 RELATO DE CASO	18
5.2.1 Diagrama da conceituação cognitiva	21
5.3 TCC APLICADA AO CASO	21
5.4 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS	22
5.4.1 Respiração diafragmática	22
5.4.2 Técnicas de Relaxamento	22
5.4.3 Registro de pensamentos disfuncionais	23
5.4.4 Descoberta guiada ou pensamento socrático	23
5.4.5 Análise custo benefício	24
6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho registra o atendimento clínico realizado a um paciente, nas dependências das Clínicas Integradas de Saúde do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNIRN). Realizado no período 01 de março de 2017 a 30 de novembro de 2017, com data determinada para encerramento dos atendimentos, sob a forma de estágio supervisionado pela Professora Mestra Marianna Carla Maia Dantas de Lucena, para conclusão do curso de Psicologia. O estágio tem como finalidade oferecer ao aluno concluinte a oportunidade de vivenciar tudo aquilo que foi estudado em sala de aula durante o curso. A vivência adquirida durante o estágio na ênfase clínica, contribuiu para ampliar os conhecimentos do estagiário na abordagem cognitivo-comportamental.

A terapia cognitivo-comportamental tem como principal objetivo, em termos cognitivos, o foco no trabalho terapêutico de acordo com os fatores cognitivos que se encontram na origem e na manutenção de determinada psicopatologia. Já no sentido comportamental, proporcionar a compreensão dos fatores através do conhecimento sobre as leis gerais do comportamento, que possibilitam meios de alterar as condições inadequadas.

Todos esses pressupostos citados irão contribuir para que o paciente possa realizar mudanças significativas na sua vida. Através de uma condição fundamental, que se refere a uma boa relação terapêutica entre os envolvidos no processo.

Judith Beck (2013) diz que quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. Por acreditar que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é eficaz e traz resultados positivos em sua prática, dediquei o atendimento ao paciente sob os pressupostos dela, de forma empática, com escuta ativa e realizando um trabalho em conjunto com o paciente, tendo objetivo bem definido.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O QUE É A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Quando falamos de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), estamos nos referindo à integração de diversas técnicas e conceitos advindos de duas importantes perspectivas: a cognitiva e a comportamental. Essas teorias são tidas por muitos psicoterapeutas como uma revolução na psicologia moderna, sendo recomendadas para o tratamento de diversos problemas de natureza psíquica, tais como depressão, transtornos de ansiedade, transtornos alimentares, fobias, dentre outros.

A proposta da Terapia Cognitivo-Comportamental é fornecer ao paciente a ajuda necessária para que este venha a desenvolver novas estratégias de atuação no ambiente, focando nos problemas trazidos pelo paciente que o motivaram a buscar ajuda, a fim de que mudanças fundamentalmente necessárias sejam promovidas. Para isto, é necessário que seja estabelecido o empirismo colaborativo, isto é, uma colaboração entre terapeuta e paciente, de modo que as estratégias de enfrentamentos, metas, objetivos na terapia sejam definidos em acordo mútuo entre ambos. Estes objetivos precisam estar claramente definidos de acordo com as questões e problemáticas trazidas pelo paciente (BAHLS; NAVOLAR, 2004).

O ponto de partida do tratamento é a fonte de sofrimento do paciente, ou seja, a partir das distorções que estão ocorrendo na forma do sujeito aliviar a si mesmo. Neste sentido, concebe-se a terapia cognitiva, uma das poucas formas de tratamento psicoterápico baseado em evidências, ao mesmo em que manteve e consolidou seus princípios teóricos fundamentais, expandiu sua prática e abrangência. O interesse entre terapeutas na aplicação da abordagem psicoterápica aumentou muito, e proliferaram os protocolos de pesquisa, demonstrando sua eficácia em uma ampla variedade de transtornos mentais e distúrbios físicos (BECK, 2013).

A principal característica da terapia cognitiva é a importância que ela dá ao pensamento. Embora considere as emoções, o comportamento e o contexto fundamentais, concentra sua atenção sobre crenças, atitudes e cognições do paciente (MCMULLIN, 2005).

Antes percebida como uma forma de terapia superficial, a terapia cognitiva é conhecida hoje como um dos métodos preferenciais para o tratamento de

transtornos psiquiátricos, mesmo nos casos mais severos, em que o paciente necessita de tratamento medicamentoso concomitante (BECK, 2013).

2.2 COMO SURTIU A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Em um momento da história da Psicologia quando as abordagens dominantes eram a psicanálise, o behaviorismo e o humanismo, a Terapia Cognitiva começou a se desenvolver, na década de 60, o médico psiquiatra com formação psicanalítica tradicional Aaron T. Beck iniciou seu interesse na Terapia Cognitivo Comportamental-TCC, que se apresentou como uma psicoterapia breve, direcionada e orientada ao momento presente, buscando solucionar problemas/sintomas atuais e transformar pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 1964)

Segundo Wright, Basco e Thase (2008) a influência e o alcance da Terapia Cognitivo-Comportamental estende-se de forma constante desde a década 1950, momento no qual foi introduzido esse método clínico, de lá para cá, inúmeros estudos controlados ajudaram a fortalecer o conceito da TCC, uma vez que tais estudos apresentam resultados satisfatórios no tratamento de casos de depressão, transtornos de ansiedade e outros casos clínicos. Ou seja, a prática clínica da terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia-se em um conjunto de teorias bem-desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta.

2.3 QUEM É BECK?

Aaron T. Beck, psiquiatra norte-americano e professor emérito do departamento de psiquiatria na Universidade da Pensilvânia, é um dos representantes mais notáveis da terapia cognitiva. Conhecido como pai da Terapia Cognitiva-Comportamental.

Beck era psicanalista atuante e, movido pelo seu espírito fundamentalmente científico, esperava que a base teórica da psicanálise pudesse ser empiricamente testada e validada para que pudesse ser vista com bons olhos pela comunidade médica. Entre o final da década de 1960 e início da década de 1970, o cientista conduziu diversos experimentos, esperando que eles levassem a psicanálise à sua comprovação científica; entretanto, os resultados não foram o esperado, levando

Aaron Beck a buscar outras explicações que justificassem a causa da depressão, foco inicial de seus estudos (BECK, 2013).

A psicanálise acreditava que a depressão poderia ser explicada através da hostilidade voltada para si mesmo. Beck, então, resolveu investigar os sonhos de seus pacientes com depressão e, ao contrário do que esperava, percebeu que o conteúdo dos sonhos trazia mais temas relacionados a fracasso e desesperança do que hostilidade. Ele identificou pensamentos “automáticos” negativos através da fala dos pacientes e percebeu que havia uma forte ligação entre pensamentos e emoções. Beck desenvolveu o conceito de Tríade Cognitiva como causa da depressão, que consiste em uma visão negativa acerca de mim mesmo, dos outros (mundo) e do futuro. Assim, uma pessoa com transtorno depressivo constantemente tem pensamentos negativos acerca de si mesmo (“eu sou incapaz”, “eu não sirvo pra nada”, “eu sou feio”, “eu sou burro”, “eu vou fracassar” e etc.), a respeito dos outros (“as pessoas são ruins”, “ninguém gosta de mim”, “ninguém me entende”, etc.), além de uma visão pessimista do futuro (“nada que eu faça irá adiantar”, “eu não vou melhorar”, “não adianta tentar”, etc.) (BECK, 2013).

2.4 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

A TCC é uma terapia estruturada e objetiva. Para isto, deve-se realizar uma conceituação do caso, a fim de escolher a melhor estratégia de tratamento, juntamente com o paciente. Também conhecida como formulação do caso, baseada nos aspectos cognitivos e transtornos emocionais apresentados pelo paciente. Para isto, algumas questões devem ser respondidas pelo terapeuta durante o processo de atendimento (KNAPP, 2004).

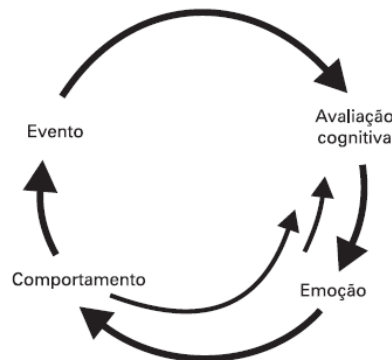
Realizada a conceituação do caso, o terapeuta se cercará de todas estas informações para definir a estratégia de atendimento, de acordo com o diagnóstico do paciente. Neste momento, técnicas cognitivas e ou comportamentais podem ser utilizadas pelo psicólogo, que identificará o momento adequado para utilizá-las.

2.4.1 Modelo cognitivo

Os principais elementos do modelo cognitivo-comportamental estão esquematizados na figura a baixo. O processamento cognitivo recebe um papel

central nesse modelo, porque o ser humano continuamente avalia a relevância dos acontecimentos internamente e no ambiente que o circunda (p.ex., eventos estressantes, comentários ou ausência de comentários dos outros, memória de eventos do passado, tarefas a serem feitas, sensações corporais), e as cognições estão frequentemente associadas às reações emocionais (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

FIGURA 1 – MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BÁSICO



Fonte: Wright, Basco e Thase (2008).

De acordo com Wright, Basco e Thase (2008) o modelo básico da TCC é um construto usado para ajudar os terapeutas a conceitualizarem problemas clínicos e implementarem métodos da TCC específicos. Como um modelo de trabalho, ele é propositalmente simplificado para voltar a atenção do terapeuta para as relações entre pensamentos, emoções e comportamentos e para orientar as intervenções de tratamento.

2.4.2 Crenças

É a partir da infância, que as pessoas desenvolvem determinadas crenças sobre si mesmas, sobre os outros e sobre o mundo. Em nossa experiência de vida é possível desenvolver ideias negativas, distorcidas da realidade, equivocadas pela percepção que temos sobre os diversos eventos da nossa vida. Tais ideias acabam se enraizando em nossa mente e são incorporadas como verdades absolutas gerando sofrimento psicológico ao longo da idade adulta.

As crenças não são necessariamente estáticas, visto que assim como a pessoa aprendeu crenças que hoje lhe geram dificuldades e são insatisfatórias, ela

também pode desaprendê-las e aprender outras mais satisfatórias e mais reais. As crenças podem ser de dois tipos:

2.4.2.1 Crenças subjacentes ou intermediárias

São regras, padrões, normas e atitudes que adotamos e que nos guiam em nosso comportamento. São subjacentes aos Pensamentos automáticos. Normalmente são tidas em forma de condição ou regra, e a pessoa pensar como exemplo abaixo: “Se eu fizer o que os outros esperam, não irão gostar de mim”. “Tenho que ser o melhor em tudo o que faço, ou serei rejeitado” (KNAPP, 2004).

2.4.2.2 Crenças nucleares ou centrais:

São compreensões, verdades absolutas, ideias ou conceitos mais enraizados que temos, acerca de nós mesmos, das pessoas e sobre o mundo. Independentemente da situação que o indivíduo estiver passando, ele irá pensar de acordo com estas crenças. Por isso pode-se afirmar que as Crenças Centrais são incondicionais, ou seja, o sujeito irá sempre pensar conforme o que elas lhe digam. São formadas na infância e vão sendo reforçadas ao longo da vida. Por isso é tão difícil mudá-las (KNAPP, 2004).

2.4.3 Relação entre comportamento e pensamento automático

Todos os dias somos envolvidos por um grande número de pensamentos. Tais pensamentos surgem através do processamento de informações que ocorre na nossa mente de forma pré-consciente e são, geralmente, privativos ou não declarados, acontecendo sempre de forma rápida, uma vez que são o resultado dos significados que atribuímos aos acontecimentos em nossas vidas. Na TCC, essas cognições são chamadas de pensamentos automáticos, pois surgem de forma pré-consciente, embora possam ser reconhecidos e entendidos caso nossa atenção seja voltada para eles. Tais pensamentos podem gerar emoções dolorosas e comportamento disfuncional caso seja desadaptativos ou disfuncionais, estando por trás de vários transtornos psiquiátricos, como depressão e ansiedade (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

3 TRANSTORNO DE ANSIEDADE

A ansiedade pode ser definida como um sistema complexo de respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas e comportamentais. Esse sistema é ativado no momento em que eventos ou circunstâncias antecipados são considerados altamente aversivos, pois são percebidos como eventos imprevisíveis, incontroláveis, como possibilidade de ameaça aos interesses vitais de uma pessoa (CLARK; BECK, 2012).

A ansiedade é um dos maiores males da sociedade em que vivemos, pois esta acomete grande parte dos indivíduos no contexto em que estão inseridos hoje, ou seja, nossa sociedade capitalista, onde os indivíduos acabam não tendo mais tempo para o lazer, e sim pensam apenas no trabalhar, e com isso acabam “ansiosas”. Apesar da ansiedade gerar sensações e sintomas desagradáveis, observa-se que geralmente os indivíduos ansiosos se encontram ativos preocupam-se, e possuem perspectivas futuras. Analisando por este âmbito são indivíduos que “fazem as coisas acontecerem”, é claro que se deve levar em consideração o grau da ansiedade.

Os transtornos de ansiedade incluem transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados. Medo é a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida, enquanto ansiedade é a antecipação de ameaça futura. Obviamente, esses dois estados se sobrepõem, mas também se diferenciam, com o medo sendo com mais frequência associado a períodos de excitabilidade autonômica aumentada, necessária para luta ou fuga, pensamentos de perigo imediato e comportamentos de fuga, e a ansiedade sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquiva. As vezes, o nível de medo ou ansiedade é reduzido por comportamentos constantes de esquiva. Os ataques de pânico se destacam dentro dos transtornos de ansiedade como um tipo particular de resposta ao medo. Não estão limitados aos transtornos de ansiedade e também podem ser vistos em outros transtornos mentais (ASSOCIAÇÃO..., 2014).

Os transtornos de ansiedade diferem entre si nos tipos de objetos ou situações que induzem medo, ansiedade ou comportamento de esquiva e na ideiação cognitiva associada. Assim, embora os transtornos de ansiedade tendam a

ser altamente comórbidos entre si, podem ser diferenciados pelo exame detalhado dos tipos de situações que são temidos ou evitados e pelo conteúdo dos pensamentos ou crenças associadas (ASSOCIAÇÃO..., 2014).

Os transtornos de ansiedade se diferenciam do medo ou da ansiedade adaptativos por serem excessivos ou persistirem além de períodos apropriados ao nível de desenvolvimento. Eles diferem do medo ou da ansiedade provisórios, com frequência induzidos por estresse, por serem persistentes (p. ex., em geral durando seis meses ou mais), embora o critério para a duração seja tido como um guia geral, com a possibilidade de algum grau de flexibilidade, sendo às vezes de duração mais curta em crianças (como no transtorno de ansiedade de separação e no mutismo seletivo). Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados. A maioria ocorre com mais frequência em indivíduos do sexo feminino do que no masculino (proporção de aproximadamente 2:1). Cada transtorno de ansiedade é diagnosticado somente quando os sintomas não são consequência dos efeitos fisiológicos do uso de uma substância/medicamento ou de outra condição médica ou não são mais bem explicados por outro transtorno mental (ASSOCIAÇÃO..., 2014).

Segundo Wright, Basco e Thase (2008) pacientes com transtorno de ansiedade normalmente relatam experiências subjetivas intensas de medo acompanhadas de sintomas físicos de excitação psíquica, quando expostas a um estímulo ameaçador. Dentre as formas de tratamento entre as abordagens terapêuticas existentes uma das mais indicadas é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), especificamente a Terapia Cognitiva – sistema psicoterapêutico fundamentado no modelo cognitivo segundo o qual a emoção e o comportamento são determinados pela forma como o indivíduo interpreta o mundo - uma das principais e mais usadas terapias da TCC (CORDIOLLI, 1998).

4 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio é realizado no local com denominação de Clínicas Integradas do UNIRN, situado na Rua Prefeita Eliane Barros, 2000, Bairro: Tirol, Natal-RN, CEP: 59014-540. Funcionamento: segunda a sexta, das 7h30m às 21h. Oferece atendimento humanizado à população em geral nas áreas de Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A unidade é uma alternativa para aqueles que dependem do sistema público de saúde, com atendimento interdisciplinar em prevenção, reabilitação e tratamento.

As Clínicas Integradas, que ocupam o espaço construído em 1.542,80m², disponibiliza 64 consultórios confortáveis com equipamentos modernos. As práticas são supervisionadas pelos docentes de cada especialidade, contribuindo para o amadurecimento profissional e postura humanizada no atendimento ao cliente. São oferecidos os serviços de atendimentos em grupo e individual, ludoterapia, hidroterapia (piscina térmica), fisioterapia em neurológica, ortopedia e traumatologia, reumatologia, pediatria, angiologia, uroginecologia, cardiorrespiratória e dermatofuncional, e procedimentos básicos de Enfermagem como troca de curativos, entre outros serviços em Saúde. Toda a acessibilidade necessária para as pessoas com dificuldade de locomoção é garantida no espaço, que possui ainda um elevador adaptado.

O paciente pode buscar os serviços espontaneamente ou ser encaminhado por médicos, escolas e empresas. Primeiro ele passa por um acolhimento, para, em seguida, ser encaminhado ao setor especializado.

Além de disponibilizar um serviço de saúde de qualidade, as Clínicas Integradas do UNI-RN capacitam os estudantes para o mercado de trabalho. A partir de práticas supervisionadas por um docente da área, que define a proposta terapêutica e acompanha a aplicação da conduta, o estudante vivencia a realidade profissional.

A equipe relacionada ao setor de Psicologia é composta por: três recepcionistas que dividem a função de recepcionar os pacientes, encaminha-los aos seus respectivos terapeutas, agendar e modificar dados sobre as consultas, receber a taxa simbólica relacionada ao atendimento, um assistente social responsável pela entrevista social, uma coordenadora da clínica de Psicologia e uma

coordenadora geral da clínica. Ao apoio geral, dois auxiliares de serviços gerais e um porteiro.

O aluno (a) que atua nas Clínicas Integradas do UNIRN em psicologia atende em média 3 pacientes semanalmente, cada um em seu respectivo dia e horário com duração de 50 minutos para cada sessão. As supervisões são feitas semanais e realizadas nas terças-feiras das 15:30 as 18:00 horas, discutindo tanto questões teóricas como questões práticas (relato e orientação dos casos). Para que se possa realizar o trabalho de conclusão do curso, será necessário escolher a opção de um dos casos atendidos.

5 METODOLOGIA

5.1 ESTUDO DE CASO

O estudo de caso foi baseado em atendimento clínico, de um paciente realizado semanalmente em horário fixo nas Clínicas Integradas do UNI-RN, com duração de 50 minutos. Todos os atendimentos foram supervisionados semanalmente.

Para realizar esse tipo de pesquisa é importante ter um bom arcabouço teórico na área abordada, com isso foi feita leituras de artigos e livros orientados pela professora orientadora do estágio buscando aprofundar os conhecimentos e trazer algumas explicações sobre o caso.

5.2 RELATO DE CASO

Renato (pseudônimo utilizado para manter a confidencialidade), sexo masculino, adulto de 55 anos, casado, autônomo, residente no bairro de Nova Parnamirim na cidade de Natal. A composição familiar é dada por ele, sua esposa que trabalha, seu filho mais velho que trabalha embarcado e sua filha mais nova estudante de direito. Apresentava como queixas ansiedade em diversas situações, dificuldade de dormir, se cobra bastante, o que faz com que promova o surgimento da ansiedade. Relatou que esse problema com sono iniciou a 3 anos atrás (2014), mas só foi procurar um médico em março deste ano, no qual o mesmo não fechou o diagnóstico.

Trabalhava em uma concessionária e depois resolveu trabalhar de forma autônoma, com o passar do tempo as vendas não estavam bem, veio a crise no mercado e isso acabava que reforçando sua preocupação a respeito do seu futuro, além de ficar incomodado pelo fato de não conseguir ser mais o provedor da casa.

O paciente relatou ter insônia e a síndrome das pernas inquietas, faz uso de clonazepam, porém quando iniciou o tratamento ficava muito sonolento durante o dia, ao ponto de não conseguir realizar suas atividades diárias, o que fez com que resolvesse diminuir a dosagem (ao invés de um comprimido, tomava $\frac{1}{2}$ comprimido), mesmo assim, ainda tinha as mesmas reações o que o fez mais uma vez diminuir a dosagem (ao invés de tomar $\frac{1}{2}$ passou a tomar $\frac{1}{4}$ do comprimido).

A primeira sessão com Renato foi no início do mês de maio do respectivo ano, apesar de nunca haver realizado acompanhamento psicológico, o estabelecimento do contrato e sigilo terapêutico foi realizado sem maiores dificuldades. Nas primeiras três sessões teve como foco principal a formação de vínculo com o paciente, bem como a observação e diálogo – com a terapeuta demonstrando sempre compreensão às suas queixas – à fim de conceituar cognitivamente o caso. No início do tratamento o paciente foi familiarizando com o modelo cognitivo, passando a prestar mais atenção aos seus pensamentos, emoções e comportamento. No decorrer de seu processo terapêutico o insucesso das vendas de carro foram fontes geradoras de ansiedade.

Nas primeiras sessões, Renato trouxe muita dificuldade de dormir, o mesmo foi orientado que fizesse uma higienização do sono na qual inicialmente se deve adotar horários regulares de sono, ou seja, deitar e levantar habitualmente nos mesmos horários, mesmo nos finais de semana, evitar cochilos prolongados à tarde. O quarto deve conter as condições mínimas de conforto e deve ser utilizado apenas para dormir, sem demasiada luz, temperatura agradável, sem muito barulho, não tomar substâncias estimulantes, deitar-se para dormir apenas quando estiver com sono, evitar refeições pesadas à noite, evitar as atividades físicas em horário muito próximo do sono, evitar discutir, resolver problemas antes de dormir.

O paciente sentia elevada ansiedade quando não conseguia produzir, durante as sessões foi lhe ensinado a fazer a respiração diafragmática e solicitado que fizesse sempre que sentisse ansiedade.

No decorrer do processo terapêutico o problema de insônia ainda continuava, isso fazia com que lhe causasse muito estresse. Dessa forma, foi recorrido as técnicas de relaxamento de Jacobson durante uma sessão. Antes de iniciar, foi explicado que essa técnica se concentra em contrair e relaxar grupos musculares específicos é uma maneira de ajudá-lo a controlar a ansiedade, relaxando os músculos ajuda a relaxar a mente. Alivia a ansiedade e melhora o sono. Junto com a técnica foi utilizado uma música com sons de natureza. Após essa sessão de relaxamento relatou que está dormindo bem e que repete a técnica em casa quando sente necessidade.

Logo após me trouxe que quer outra ocupação profissional, que está pensando em trabalhar como representante, uma amiga lhe falou sobre e disse que ele ia se sair muito bem, pelo fato dele gostar e ter experiência nesse ramo de

venda. Ele ficou de procurar/pesquisar lugares que tem cursos para fazer e trabalhar nessa área. Foi solicitado que fizesse a análise de custo-benefício (vantagens e desvantagens).

Na oitava sessão, o paciente chegou a sessão bastante angustiado. Fez uma viagem com a família, quando estava voltando para casa, já próximo de casa, ele brigou com um rapaz no trânsito porque o rapaz tomou a frente dele, ele o xingou e ofendeu, quis ir atrás, mas a família não deixou e pediu que ele deixasse para lá. Trabalhamos os pensamentos diante a situação e o que poderia ser feito caso isso voltasse a acontecer.

O fato de não ter vendido carro, passou a lhe incomodar novamente, pelo fato de não conseguir vender e a mulher ter que arcar sozinha com as despesas da casa. Foi no que ele trouxe na sessão, que pensou na possibilidade de trabalhar de UBER, mas ainda está inseguro por questão de insegurança. “Porém é um emprego que dá para conciliar tanto com a venda de carro como a consultoria (que pensei em fazer), além de não ficar preso em casa e o dinheiro vai ajudar, sem contar que posso me socializar mais (SIC)”. Foi solicitado que fizesse os registros dos pensamentos a respeito do novo emprego para trazer na próxima sessão.

No final do mês de julho, o paciente já se encontrava totalmente adaptado à estrutura das sessões em terapia cognitivo-comportamental, e a primeira meta estabelecida na terapia de diminuir a ansiedade perante as situações do dia a dia, que sempre eram citados como causadores problemáticos, foi alcançada.

Em agosto Renato, foi a um show com a esposa e amigos, mas ficou preocupado, com receio de passar mal e acabar atrapalhando a festa das pessoas que estavam com ele. Foi questionado como seria se isso acontecesse (ele passar mal), ele falou que algumas pessoas iam ficar preocupadas no momento e depois não iria se importar tanto, só a família que iria ficar realmente preocupados. Relatou ter feito a técnica da respiração diafragmática, foi o que fez com que sua ansiedade ficasse sob controle.

Nas sessões seguintes, o paciente continuou vindo mais tranquilo para a sessão, relatou está pensando melhor sobre as coisas, vendo as coisas pelo lado positivo, está se cobrando menos. Procurando fazer as coisas sem precipitação.

Relatou ter mudado a postura para dormir, isso fez com que melhorasse sua qualidade de sono, conseguiu dormir 2 dias sem tomar o ansiolítico, mas que já no outro dia precisou tomar. Continua controlando a ansiedade e não teve mais a crise

das pernas inquietas. Após duas sessões seguintes sem relatar nenhum evento espaçamos as sessões para 15 dias.

Durante o processo terapêutico houve demarcações devido a viagens e motivos de saúde. As últimas sessões do mês de outubro iniciaram o processo de finalização de planos e para prevenção de recaídas (BECK, 1997).

5.2.1 Diagrama da conceituação cognitiva

Que experiências contribuíram para o desenvolvimento e manutenção da(s) crença(s) nuclear(es)? Experiências no seu contexto profissional, onde sempre se cobrou muito a respeito das vendas.		
Crenças nucleares Quais são as crenças nucleares que o paciente tem de si mesmo? “Eu sou incompetente”.		
Pressupostos/Regras Preciso vender, se não, não irei conseguir voltar a ser o provedor da casa.		
Estratégias Compensatória Que comportamentos o ajudaram a lidar com a(s) crença(s)? Insistência para o cliente comprar o carro, impaciente por uma resposta e às vezes se irritava.		
Situação 1	Situação 2	Situação 3
Dificuldade da venda de carro	Trabalhar de Uber	Medo de passar mal na festa
Pensamento Automático	Pensamento Automático	Pensamento Automático
Eu não consigo vender	Ganhar dinheiro extra	Vou passar mal
Significado P.A.	Significado P.A.	Significado P.A.
Eu não estou produzindo	Estarei produzindo	Vou estragar a festa
Emoção	Emoção	Emoção
Ansiedade	Alegria	Tristeza
Comportamento	Comportamento	Comportamento
Insiste que o cliente lhe dê uma resposta	Buscar mais informações a respeito	Não se diverte

5.3 TCC APLICADA AO CASO

A ansiedade, reação natural e necessária ao corpo, quando em excesso, traz consequências comprometedoras para a vida do indivíduo. Neste caso, ela passa de reação natural a transtorno. O transtorno de ansiedade caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas somáticos e psicológicos que interferem no

funcionamento cognitivo e comportamental. Este, por sua vez, também influencia o surgimento e a manutenção daquele.

Existem algumas técnicas bastante simples que podem ser utilizadas a qualquer momento, e que interrompem, relativamente rápido, o estado corporal que a ansiedade provoca. Elas podem ser utilizadas tanto no tratamento dos Transtornos Ansiosos como também em caráter preventivo aos primeiros sinais de ansiedade ou de desconforto emocional.

5.4 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS UTILIZADAS

5.4.1 Respiração diafragmática

A respiração tem um papel importantíssimo no processo fisiológico da ansiedade, sendo assim, o paciente deve respirar profundamente, devagar e, de preferência, pelo diafragma. Experimentando enviar o ar inspirado para a região baixa do abdômen, abaixo das costelas.

Para auxiliar, pode-se imaginar que possui um pequeno balão nesta região, e intencionalmente enviar o ar para preenchê-lo. Colocar a mão sobre a região ajuda também, pois torna possível visualizar o movimento abdominal e assim apontar a respiração correta. Inspira pelo nariz e expira pela boca. Essa técnica pode ser utilizada em qualquer momento favorável do dia (no trânsito, banho, reunião com o chefe ou em qualquer momento) em que se sinta ansioso.

5.4.2 Técnicas de relaxamento

O relaxamento muscular é um dos principais mecanismos para se atingir a resposta de relaxamento. O paciente aprende a liberar sistematicamente a tensão em grupos musculares por todo o corpo. À medida que a tensão muscular diminui, a sensação de ansiedade geralmente é reduzida (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson consiste em tensionar e relaxar diferentes grupos musculares a fim de obter relaxamento da tensão e sensação de bem estar. Inicialmente o terapeuta deve guiar o paciente que, posteriormente, deve realizar o exercício em casa sozinho ou com auxílio de uma pessoa próxima. Inicialmente, o terapeuta deve ensinar os pacientes sobre como

realizar a técnica, trabalhando um grupo muscular por vez, contraindo-o e relaxando-o. Devem ser trabalhados pés, panturrilhas, coxas, abdômen, mãos, braços e rosto. Nas regiões de pescoço e ombros será aplicado um exercício de alongamento. É necessário solicitar ao paciente que treine esta técnica em casa, em ambiente apropriado (sem interrupções, ruídos ou fatores externos que atrapalhem o procedimento), para que posteriormente o paciente consiga auto aplicar a técnica caso venha a sentir-se tenso.

São estes estados musculares (a tensão e o relaxamento) através da indução dos mesmos. Assim, o indivíduo vai, primeiramente, tensionando os músculos, para em seguida, relaxá-los. Repetir o processo com cada grupo muscular, de ambos os lados, sempre tensionando primeiro e depois soltando abruptamente. Ao passar de um grupo muscular para outro, deve se certificar de que o grupo muscular trabalhado está inteiramente relaxado. Pratique uma respiração calma e profunda durante todo o processo. Este exercício pode ser feito à sua maneira – ouvindo música, ao ar livre, quando você está tenso ou mesmo quando não há nenhuma ansiedade ou estresse presente. Praticar o relaxamento e aumentar a consciência corporal não apenas é uma técnica útil para enfrentar a ansiedade, como também uma maneira eficiente de ganhar qualidade de vida.

5.4.3 Registro de pensamentos disfuncionais

Trata-se do registro de pensamentos disfuncionais por parte do paciente assim que ele perceber alteração emocional ou fisiológicas, estando fora do ambiente terapêutico. Esta tarefa é muito importante para o processo de terapia, pois na hora que houver algum pensamento automático (PA), o paciente anotará informações que poderão ser verificadas na próxima sessão (KNAPP, 2004).

5.4.4 Descoberta guiada ou pensamento socrático

Nesta técnica, o terapeuta irá guiar o indivíduo para uma nova descoberta, através de perguntas com respostas abertas, um questionamento simples, sem indução ou persuasão, de modo que o paciente entenda seu problema, reflita sobre o mesmo, identifique possíveis soluções, para que um plano seja criado. Ou seja, a

fim de guiá-lo no intuito de verificar evidências para se comprovar se tal pensamento é verdadeiro ou não (KNAPP, 2004).

5.4.5 Análise de custo-benefício (vantagens e desvantagens)

Nesta técnica, o terapeuta ajuda o paciente a avaliar custo e benefício em manter tal comportamento. Através de análise das vantagens e desvantagens, o paciente analisa seus pensamentos/comportamentos, podendo chegar a uma resposta lógica. Haveria assim uma motivação para uma mudança de pensamento e consequentemente comportamental (KNAPP, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CASO

Neste atendimento o paciente chega com a demanda de ansiedade e insônia, iniciado tratamento para insônia a alguns meses. Após avaliação inicial, ficou caracterizado que o paciente sofria de insônia devida a ansiedade, pois apresentou os sintomas característicos. De imediato trabalhamos com a psicoeducação ao paciente, para que o mesmo soubesse o que estava tendo e soubesse-lhe da melhor com a ansiedade, além de aderir à terapia com muita vontade de contribuir. Identificamos fatores estressores. A hipótese de que o trabalho atual seria a causa dessa ansiedade foi levantada, uma vez que lhe causa muito estresse.

Durante seu processo, o paciente tomou consciência de sua patologia, o que poderia ou não lhe acontecer, o que ele poderia fazer para contribuir e se engajou na terapia. Pudemos observar uma mudança de pensamento e comportamento, começou a questionar seus pensamentos automáticos disfuncionais e reagir com mais confiança. Ressalto aqui a evolução percebida durante o processo. Esta situação retrata que o processo está sendo bem recebido pelo paciente. Pontos como Psicoeducação, vínculo, engajamento do paciente, ajudam a contribuir a mudança de pensamento e comportamento, apresentadas pelo paciente no processo terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V)**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos. **Revista eletrônica de Psicologia**, p. 1-11, 2004.
- BECK, J. S. **Terapia cognitiva comportamental: teoria e prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- BECK, J. S. **terapia cognitiva comportamental: teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, J. S. **Terapia Cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. São Paulo: Santos, 2007.
- CLARK, D. A., BECK, A.T. **Terapia cognitiva para os transtornos de ansiedade**. Porto Alegre: Artmed, 2012.
- CORDIOLLI, A. V. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- DATILLIO, F. M.; FREEMAN, A. **Estratégias Cognitivo-Comportamental de intervenção em situação de crise**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- KNAPP, P. et al. **Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- KNAPPI, Paulo; BECK, Aaron T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, suppl. 2, out. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462008000600002>. Acesso em: 9 nov. 2017.

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

MCMULLIN, R. E. **Manual de técnicas em terapia cognitiva**. Porto alegre: Artmed, 2005.

OLIVEIRA, Maria Aurelina Machado de; SOUSA, Welyton Paraíba da Silva. **O uso da terapia cognitiva no tratamento do transtorno de ansiedade generalizada**. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/shXVIII/artigos/GT36/Artigo%20Revisado%20Anais%20SM.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

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, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.cchla.ufrn.br/shXVIII/artigos/GT36/Artigo%20Revisado%20Anais%20SM.pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2017.

SCOTT, J.; WILLIAMS, J. M. G.; BECK, A. T. **Terapia Cognitiva na prática clínica**: um manual prático. Porto Alegre: Artmed, 1994.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M. E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.